DIE

PUERPERALEN TODESFÄLLE

DER

MÜNCHENER FRAUENKLINIK 1891—1897.

(STATISTISCH-KASUISTISCHE BEITRÄGE.)

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

GESAMTEN MEDICIN

VERFASST UND DER

HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

KGL. BAYER. LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT MÜNCHEN

VORGELEGT VON

HUGO FINDEL

CAND. MED. AUS EINBECK.

LEIPZIG 1897.

DRUCK VON J. G. FINDEL.

DIE

PUERPERALEN TODESFÄLLE

DER

MÜNCHENER FRAUENKLINIK 1891—1897.

(STATISTISCH-KASUISTISCHE BEITRÄGE.)

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

GESAMTEN MEDICIN

VERFASST UND DER

HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

KGL. BAYER. LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT MÜNCHEN

VORGELEGT VON

HUGO FINDEL

CAND. MED. AUS EINBECK.

LEIPZIG 1897.

DRUCK VON J. G. FINDEL.

ACAD
LUGD.BAT.
BIBL.

Meinen teuren Eltern

und

meinem lieben Oheim J. G. Findel

in

Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546007_0073

Im Jahre 1887 und 1891 wurden von F. Zahn und M. Madlener zwei Arbeiten aus der hiesigen geburtshülflichen Klinik veröffentlicht, welche das gleiche Thema behandelten wie das vorliegende, sodass die jetzige Arbeit gewissermassen als deren Fortsetzung betrachtet werden kann.

Daher sind die Aufgaben, denen ich in dieser Arbeit gerecht zu werden mich bemühen will, auch die gleichen wie bei meinen Vorgängern: einmal durch Zusammenstellen hierher gehöriger Daten aus den Jahren 1891 bis 1897 von der Sterblichkeit an unserer Anstalt und den damit in Zusammenhang stehenden Momenten ein einigermassen zutreffendes Bild zu entwerfen und andererseits durch möglichst ausführliche Angabe und Besprechung der Krankengeschichten und Sectionsprotocolle der Gestorbenen einzelne kasuistische Beiträge zu liefern.

Wenn im Verlauf der Arbeit öfters Angaben über Vorkommnisse gleicher Art an andern Anstalten herangezogen werden, so liegt es mir dabei sehr fern, hierdurch etwa auch die Anstalten selbst mit der hiesigen hinsichtlich ihres Wertes, d. h. der Erfolge, die an ihnen erzielt worden sind, vergleichen zu wollen.

Dies könnte meiner Ansicht nach nur an der Hand einer besonderen statistisch-vergleichenden Arbeit geschehen und nicht so im Vorübergehen, wie es im Rahmen der vorliegenden Schrift nur möglich ist.

Denn es sind bei einem solchen Vergleiche zu

viele Momente in Betracht zu ziehen, die an sich mehr wie hinreichend sind, um den Inhalt einer besonderen Arbeit abzugeben. Wollte man aber dies ausführen, so müsste zuvor noch eine Forderung erfüllt sein, nämlich die, dass diesbezügliche Statistiken der einzelnen Anstalten auf eine gemeinsame Basis begründet sein müssten, was bisher ja leider noch nicht der Fall ist und auch wohl sobald nicht erhofft werden kann. Gehen doch schon in Einzelheiten viele Autoren auseinander, so unter anderm bei der Feststellung der Morbiditätsziffer. Der eine berechnet dieselbe nach einer Temperatur von 38°, während der andere sie nach einer solchen von 38,2° festsetzt, und während wieder dieser nur jene Fälle in Rechnung setzt, bei denen die Temperatur einige Zeit anhielt, zieht jener auch alle diejenigen hinzu, bei denen die Temperatursteigerung nur ein einziges Mal auftrat. Ferner hätten solche Arbeiten auch Angaben über den Gesundheitszustand derjenigen Bezirke zu enthalten, aus denen das Material der Anstalt sich zum grössten Teile rekrutiert, und über die allgemeine Fruchtbarkeit der dortigen Frauen. Welchen Einfluss hat nicht, um nur die erste Forderung etwas zu begründen, die grössere Häufigkeit der Lues in den Grosstädten auf das Procentverhältnis der Aborte, der macerirten und toten Früchte und der Sterblichkeit der Kinder?

Ganz falsch aber erscheint es mir, in der allgemeinen Mortalitätsziffer oder auch in derjenigen der Infectionsmortalität einen Masstab für den Wert einer Anstalt erblicken zu wollen und diesen in einem Vergleiche dieser Ziffern der einzelnen Anstalten darzuthun.

Denn abgesehen davon — andere Gegengründe schon vollständig ausgeschlossen — dass allein bei der Aufstellung des Mortalitätsprocentes von ganz ver-

schiedenen Gesichtspunkten aus verfahren wird, indem manche Autoren alle auf andere Abteilungen Verlegte und dort Gestorbene mit einberechnen, wie es auch in vorliegender Arbeit geschieht, andere dies aber nicht thun und demgemäss günstigere Resultate erhalten, ergeben sich bei der Handhabung der Praxis in den einzelnen Anstalten, zumal hinsichtlich der Ausnutzung des Materiales zu Lehrzwecken, die grössten Verschiedenheiten, die in den Zahlen keinen Ausdruck finden können. Dieser Unterschied bedingt aber, wie bekannt, einen bedeutend günstigeren Ausfall der Infections- und damit auch der Mortalitätsziffer bei solchen Anstalten, in denen garnicht unterrichtet wird; sie stehen sich hinsichtlich des Mortalitätsverhältnisses drei Mal günstiger als diejenigen Anstalten, an denen das Material, wie bei uns, durch Studierende und Hebammenschülerinnen auf das Aeusserste ausgenutzt wird. Und wenn nun erstere Anstalten eine niedrigere Procentziffer aufweisen als letztere, wer möchte daraus auf eine bessere Güte der ersteren schliessen? Wenn man daher nicht Statistiken von solchen Anstalten aufweisen kann, in denen die Verhältnisse bezüglich der Ausnutzung, der Frequenz und noch mancher anderer hierher gehöriger Momente ziemlich die gleichen sind, sollte man lieber eine Vergleichung ganz unterlassen, da dieselbe doch keinen Wert hat.

Auf der geburtshülflichen Abteilung der k. Universitäts-Frauenklinik in München wurden in dem Zeitraum vom 10. September 1891 bis 1. März 1897 5127 Frauen entbunden und 5251 Wöchnerinnen verpflegt. 124 Frauen hatten ausserhalb der Anstalt geboren.

Diese 5251 Wöchnerinnen verteilen sich auf die einzelnen Jahre folgendermassen:

1891 (10. Sept.—Decemb). 288

1892	915
1893	938
1894	949
1895	964
1896	1045
1897 (Januar — 1. März)	152.

Von den Gebärenden waren

I parae 2504 = 47,7%
M parae 2747 = 52,3%

Diese verteilen sich ihrem Alter nach in

4380 von 15—30 Jahren = 83,4%
871 von 30—44 Jahren = 16,6%

Unter diesen 5251 Wöchnerinnen kamen nun 38 Todesfälle vor, welche einem Verhältnisse von 0,72% entsprechen.

Dies bedeutet gegenüber den Jahren 1883—1887, für die Zahn[1]) 0,84% fand, einen Fortschritt, dagegen aber einen Rückschritt gegenüber der Angabe Madleners[2]) von 0,67% für die Jahre 1887—1891.

Die Todesursache war bei diesen 38 Fällen

16 Mal		Sepsis = 0,3%
6	„	Uterusruptur
4	„	Eclampsie
6	„	acute Anaemie
1	„	Chloroformvergiftung
1	„	Herzfehler
1	„	Embolie der Lungenarterie
1	„	Apoplexie
1	„	Gehirntumor
1	„	Urämie mit Nephritis.

Bei den 38 Fällen trat der Tod ein

2 Mal sub partu

---

[1]) F Zahn, die puerp. Todesfälle etc. I.—D. München 1887.
[2]) M. Madlener, die puerper. Todesfälle etc. I.—D. München 1891.

11 Mal unmittelbar post partum oder noch am ersten Tage darnach
25 „ in puerperio.

Sondern wir dieselben nach der Anzahl ihrer Geburten und ihrem Alter aus, so ergeben sich folgende Verhältnisse:

I parae 11 = 29%
M parae 27 = 71% und
14 im Alter von 18—30 Jahren = 36,8%
24 „ „ „ 30—44 „ = 63,2%.

Vergleichen wir diese Zahlen mit denen der Gesamtheit, so finden wir in ihnen eine bedeutende Bevorzugung der Mehrgebärenden ausgesprochen und zugleich eine noch bedeutender verminderte Resistenzfähigkeit des höheren Alters gegenüber den Schädlichkeiten einer Geburt.

Die I parae scheiden sich ihrem Alter nach folgendermassen:

1 mit 18 Jahren
1 „ 21 „
4 „ 22 „
1 „ 25 „
1 „ 26 „
1 „ 34 „ (Sepsis, tympania uteri)
1 „ 35 „ (Eclampsie)
1 „ 43 „ (Uraemie).

Von Interesse ist es auch, das Verhältnis der Mütter zu ihren Kindern zu erfahren.

Die 5251 Mütter hatten 5361 Kinder. Bei 186 Kindern fehlten die Angaben über das Geschlecht, konnten respective wegen Abort auf der Strasse etc. nicht ermittelt werden. Von den übrigen 5175 Kindern waren

Knaben 2661 = 51,2% und
Mädchen 2514 = 48,8%.

Von den 5361 Kindern waren
322 totgeboren resp. starben sub partu und
206 macerirt.

Dies sind zusammen 528 Tote = 9,8%. Später starben noch 169 und zwar 89 Knaben und 80 Mädchen. Unter den Geburten waren 54 Zwillinge (= 1%) und 1 Drillingsgeburt. Von diesen Müttern starb keine.

Bei 5 von den 38 Kindern der Gestorbenen war das Geschlecht nicht angegeben. Sonst waren es

Knaben 17 = 51,5% und
Mädchen 16 = 48,5%

Hier sehen wir also so ohne weiteres den alten Satz (James Simpson), dass nach der Geburt von Knaben mehr Mütter sterben, als nach der Geburt von Mädchen, nicht bestätigt, im Gegensatz zu den Befunden von Zahn und Madlener[3]), welche denselben als zurechtbestehend gefunden hatten.

Selbst wenn wir annehmen, die Hälfte der Kinder, bei denen das Geschlecht nicht angegeben war, sei Knaben, die andere Mädchen, so erhalten wir das gleiche Verhältnis wie bei der allgemeinen Statistik, für die natürlich die gleiche Annahme gesetzt werden muss, nämlich für die der

Gestorben:	allgemeinen Statistik:
Knaben 51,3%	Knaben 51,4%
Mädchen 48,7%	Mädchen 48,6%

Von den 38 Kindern der Gestorbenen waren 11 totgeboren (7 Knaben, 4 Mädchen) und 5 macerirt.

Dies ergiebt 16 Tote = 42,1%.

Später starb noch 1 Knabe und ein Mädchen.

Vergleichen wir die Ergebnisse für die Gesamtheit mit denen für die Gestorbenen, so sehen wir, dass von den Gestorbenen etwa 5 Mal mehr tote

[3]) F. Zahn und M. Madlener l. c.

Kinder geboren wurden, dass andererseits aber, im Gegensatz zu den Ergebnissen Madleners, der 2,9% macerirte Früchte im allgemeinen, aber 22,2% bei den Gestorbenen fand, also etwa das zehnfache, die macerirten Früchte der Gestorbenen diejenigen der Gesamtheit nur etwa um das vierfache übertreffen (13,1% gegen 3,84%).

Inwiefern wenigstens bei den Gestorbenen die macerirten Früchte auf das Zustandekommen (Braun, A. Martin.) oder auf das Nichtzustandekommen (Ahlfeldt[4]) des Puerperalfiebers begünstigend eingewirkt haben, möge aus folgenden Angaben erhellen: Bei den fünf Fällen bestand viermal Fieber, bei dem fünften konnte das Fieber nicht zum Ausbruch kommen, weil die Puerpera kurze Zeit nach der Geburt starb. Bei ihr fanden ausser einer spontanen Uterusruptur noch Decapitation, Extraction am Rumpfe und manuelle Entfernung der Placenta aus der Bauchhöhle statt, Manipulationen, die allein hätten beschuldigt werden müssen, falls später ein Fieber aufgetreten wäre. Bei einer andern fand manuelle Entfernung der Placenta aus der Cervix und der Scheide statt, während bei der dritten, die an Urämie und Nephritis starb, die Perforation und Extraction des Kindes vorgenommen wurde. Also auch bei diesen beiden Fällen sind die macerirten Früchte an dem Zustandekommen des Fiebers wohl nicht Schuld. Anders verhält es sich bei dem vierten Falle (1895 No. 834), bei welchem wegen Tympania uteri die Extraction vorgenommen wurde. Hier ist jedenfalls die Maceration an dem Fieber mitbeteiligt, wenn nicht allein Schuld. Zweifelhaft dagegen bleibt es bei dem letzten Falle (1894 No. 63), wo wohl schon vor der Aufnahme in die Klinik die spontane Uterusruptur erfolgt war.

[4]) Ahlfeldt, Berichte und Arbeiten aus Marburg. 1887 B.III.

Aber auch hier muss wohl der Ruptur allein die Schuld an dem Auftreten des Fiebers gegeben werden, während dann späterhin allerdings auf das Steigen des Fiebers und die andern Symptome der eingetretenen Sepsis die Fäulnis des Kindes von grossem Einfluss gewesen ist.

Wenn wir nach aetiologischen Momenten für die Sterblichkeit suchen, so ist wohl die Häufigkeit der Operationen eins der wichtigsten.

Bei den 5251 Entbundenen wurde 521 Mal operirt. Dies ergiebt eine Operationsfrequenz von 9,9%. Die einzelnen Operationen waren folgende:

168	Mal	Forceps
87	„	Wendung, event. mit Extraction
64	„	Extraction
30	„	Perforation, event. mit Kranioklasie
39	„	Expressio foetus nach Kristeller
2	„	Decapitatio mit Exenteration
9	„	Einleiten der künstl. Frühgeburt
18	„	manuelle Entfernung der Placenta, darunter
2	„	Entfernung aus der Bauchhöhle (bei Uterusruptur)
1	„	Entfernung von Eiresten aus dem Uterus und Curettement.
6	„	Muttermundsincisionen
15	„	Dammincisionen
7	„	Sectio caesarea
1	„	Laparotomie
8	„	Blasensprengung
1	„	Einlegen des Kolpeurynters behufs Wehenerzeugung
31	„	Fehling-Ritgen
14	„	Expression oder Extraction des Kopfes
8	„	Lösung der Arme

3	Mal	Reposition der Nabelschnur
1	„	Herabholen des Fusses behufs Tamponade.

Dagegen wurden bei den 38 Gestorbenen folgende Operationen ausgeführt:

3	Mal	Forceps
8	„	Wendung, event. mit Extraction
6	„	Extraction
5	„	Perforation und Kranioklasie
3	„	Sectio caesarea
1	„	Laparotomie
4	„	manuelle Entfernung der Placenta darunter
2	„	Entfernung aus der Bauchhöhle (bei Uterusruptur)
2	„	Künstliche Frühgeburt
2	„	Decapitation und Exenteration
1	„	Blasensprengung
1	„	Incisionen am Muttermund
1	„	Fehling-Ritgen
1	„	Herabholen des Fusses.

Dies ergiebt 38 Operationen, also den erschreckend hohen Procentsatz von 100% d. i. das über zehnfache der allgemeinen Operationsfrequenz.

Da diese 38 Operationen nur an 26 der Gestorbenen ausgeführt wurden, so stellt sich für diese die Operationsfrequenz auf 146%.

Will man jedoch eine Vergleichung mit andern Anstalten anstellen, so ist es notwendig aus unserer Liste alle jene leichteren Operationen zu streichen, die meist nicht angeführt zu werden pflegen, wie Kristeller, Fehling-Ritgen, Expression des Kopfes etc. Dann erhalten wir eine allgemeine Operationsfrequenz von 7,7% (Madlener[5]) 6,9%).

[5]) Madlener l. c.

Auf die operativen Fälle bezogen ergiebt sich ein Mortalitätsprocent von 4,9% (Madlener 4,7%).

Von Wichtigkeit sind ferner die Abweichungen von dem normalen Eintritt der Geburt.

Unter den 5261 Geburten befanden sich

70 Aborte
104 Partus immaturi
89 Partus prämaturi.

Ausserdem waren 53 Geburten Sturzgeburten. Hierzu muss ich noch bemerken, dass zu den Partus praematuri hier nur diejenigen Fälle aufgezählt wurden, in denen die Länge des Kindes weniger wie 40 cm betrug, also alle jene nicht mitgerechnet wurden, die man gewöhnlich als „nicht ganz ausgetragen" bezeichnet.

Von grosser Bedeutung für die Beurteilung der Mortalität ist auch das Verhältnis der an Sepsis, Eclampsie und Uterusruptur Gestorbenen zu den im ganzen vorgekommenen Fällen dieser Art.

An Sepsis starben 16 Frauen = 0,3% Infectionsmortalität. 1883—1887 waren es 0,29% (F. Zahn[6]) und 1887—1891 0,25% (M. Madlener[7]).

Von diesen 16 Fällen kommen aber nur 11 auf Rechnung unserer Klinik, so dass demnach die Infectionsmortalität nur 0,21% beträgt (Madlener, 0,2%).

Die 5 ausgeschalteten Fälle sind: 1892 No. 2 des Hauptjournales und No. 65, 1893 No. 507 und 630a, 1894 No. 510. Der Fall 1893 No. 507 wurde nur äusserlich untersucht, aus welchem Grunde ist nicht ersichtlich. Geburt des Kindes und der Placenta erfolgte spontan. Diesen Fall könnte man daher wohl

[6]) F. Zahn l. c.
[7]) M. Madlener l. c.

als Selbstinfection bezeichnen. Das Fieber trat mit Schüttelfrösten am Abend des zweiten Tages im Puerperium auf. Zwischen ihm und dem letzten Todesfall an Sepsis lagen 268 Geburten. 1892 No. 2 wird innerlich nicht untersucht; es findet sich im Journale die Bemerkung: „Parturiens greift mit ihren schmutzigen Händen fortwährend an den Genitalien herum.“ 1892 No. 65 kommt zwar nicht mit Fieber in die Klinik, ist aber ausserhalb der Anstalt nach erfolgtem Blasensprung fünfmal von Hebammen und dreimal vom Arzte untersucht worden. In der Klinik wurde sie nur einmal innerlich untersucht, dagegen mussten zwei Spangen im Muttermund durchschnitten werden, es musste die Wendung, dann vergebliche Extractionsversuche und schliesslich Perforation vorgenommen werden. Trotzdem halte ich die Untersuchung durch die Hebammen ausserhalb der Anstalt, zumal nach dem erfolgten Blasensprung und bei den Anomalien am Muttermund, die sie ja zwangen, öfters und gründlicher als gewöhnlich zu untersuchen, für viel gefährlicher und schreibe daher diesen die Schuld an der Infection zu, welche dann später vielleicht durch die erfolgten Operationen unterstützt sein kann. 1893 No. 136a und 1894 No. 510 haben ausserhalb der Klinik geboren und kommen mit Fieber, 630a sogar vollkommen somnolent herein. Bei 510 versuchte die Hebamme, als nach 2 Stunden p. p. die Placenta nicht erschien, diese zu exprimiren. Als ihr aber dies ebensowenig wie ein erneuter Versuch am nächsten Morgen gelang, zerrt sie solange an der Nabelschnur bis diese abreisst. Sie giebt der Parturiens eine Ausspülung und lässt sie dann vollständig ohne Hilfe bis zum andern Morgen daliegen!

Diesen 16 Todesfällen stehen 960 fieberhafte

Erkrankungen gegenüber. Bei diesen wurde nur ein Fieber von 38,2° als pathologisch angesehen, wenn die Kranke diese Grenze auch nur ein einziges Mal erreichte. Dies entspricht einem Procentsatze von 18,3%.

Eine genaue Trennung der Infectionsmorbidität von der Gesamtmorbidität konnte nicht vorgenommen werden,da in dem Hauptjournale eine solche Einteilung nicht getroffen ist. Eine nachträgliche Sonderung an der Hand der Wochenbettsjournale kann aber nur durch ein genaueres Studium gewonnen werden, weil in diesen eine Angabe der Diagnose nur in den allerseltensten Fällen anzutreffen ist. Immerhin ist trotzdem jede Forderung von Winkels[8]) erfüllt worden, die er in der letzten Auflage seines Lehrbuches aussprach: „Wir werden nicht zu weit gehen, wenn wir verlangen, dass durch ein energisches aseptisches Verfahren die puerperale Infectionsmortalität in Kliniken und Privathäusern auf 0,25% beschränkt und die puerperale Morbidität, d. h. das Vorkommen auch nur einer einzigen Temperatursteigerung auf 38°, auf 15—20% der Wöchnerinnen vermindert werden muss.“

Von den 16 an Sepsis Gestorbenen waren

I parae 8 = 50%
M parae 8 = 50%
18—30 Jahre alt 8 = 50%
30—44 „ „ 8 = 50%

Gegenüber den gefundenen Werten für die Gesamtheit bedeuten diese Ziffern wohl eine geringere Widerstandsfähigkeit des höheren Alters, aber keine Bevorzugung der Mehrgebärenden hinsichtlich der Infectionsgefahr. Ich finde es aber nicht zulässig, aus einer verhältnissmässig so geringen Zahl auf allgemein gültige Sätze schliessen zu wollen.

[8]) v. Winkel, Lehrbuch der Geb. III. Aufl. S. 808.

Die Infectionstodesfälle fielen nach den Jahren

1	auf	1891	= 0,1%	aller Geburten	(1031)
5	„	1892	= 0,55%	„ „	(915)
5	„	1893	= 0,53%	„ „	(938)
1	„	1894	= 0,11%	„ „	(949)
3	„	1895	= 0,31%	„ „	(964)
0	„	1896	= 0,0%	„ „	(1045)
1	„	1897	= 0,65%	„ „	(152)

Die Procentangabe für 1897 kann natürlich nicht in Betracht kommen, weil ja nur 2 Monate mitzählen. Zur Erklärung der auffallenden Thatsache aber, dass gerade in den Jahren mit den niedrigsten Geburtsziffern die Infectionsmortalität innerhalb weniger Wochen so ungewöhnlich gross war, muss ich folgendes bemerken: In beiden Jahren brach in den Osterferien während der Abwesenheit des H. Geh.-Rat v. Winkels eine Puerperalfieberendemie aus, ohne dass die Assistenten die Ursachen resp. die Infectionsträger der Krankheit erkannten und demgemäss auch nicht die notwendigen Vorsichtsmassregeln getroffen hatten, wie z. B. die strenge Exclusion der inficirten Hebammen und Wärterinnen von ihrem Dienste. Mit der Rückkehr des Herrn Geheimrates wurde dann die Endemie bald unterdrückt.

Nach der Jahreszeit geordnet verteilen sie sich folgendermassen:

Januar	4 Fälle	September	2 Fälle
März	3 „	October	2 „
Juni	1 Fall	November	1 Fall
Juli	2 Fälle	December	1 „

Eine Bevorzugung der kälteren Monate ist hieraus zwar nicht ersichtlich, wohl aber eine solche derjenigen Monate, die durch reichlichere Niederschläge, zumal hier in München, ausgezeichnet sind.

Die grösste Pause zwischen den Todestagen zweier Inficirter beträgt 512 Tage (20. Aug. 1890—14. Januar 1892) mit 1378 Geburten. Ausserdem fanden sich noch Pausen mit 1181 und 1171 Geburten. Die kleinste Pause betrug 15 Tage mit 36 Geburten. Madlener[9]) fand 562 Tage mit 1245 Geburten, Zahn[10]) 183 Tage mit 422 Geburten, A. Mermann[11]) in dem Mannheimer Wöchnerinnenasyl 1200 Geburten ohne Infectionstodesfall, dabei auf 1300 Geburten 4 Todesfälle = 0,3%, davon 1 an Sepsis = 0,6%. Weil aber dieser Infectionstodesfall schon mit Fieber in die Anstalt gebracht wurde, so stellt sich die Infectionsmortalität dieser Anstalt auf 0%, ein glänzendes Resultat.

9 Mal wurde bei den 16 Infectionstodesfällen operativ eingegriffen. Dies ergiebt eine Operationsfrequenz von 56,2% gegenüber 9,9% (resp. 7,7%) der allgemeinen Statistik.

Es wurden folgende Operationen ausgeführt:

2 Mal manuelle Placentarentfernung
2 „ Sectio caesarea (1 Mal mit Versuch der künstlichen Frühgeburt)
3 „ Wendung und Extraction
1 „ Extraction
1 „ Muttermundsincisionen, Perforation und Kranioklasie des nachfolgenden Kopfes.

Da 18 manuelle Placentarentfernungen mit 2 Todesfällen (+ 2 an Uterusruptur) vorkommen, so stellt sich die Mortalität für diesen Eingriff auf 11%.

[9]) M. Madlener. l. c.
[10]) F. Zahn. l. c.
[11]) Ref. im Centrbl. für Gynaek. 1894 S. 786.

Ferner fallen auf 7 Sect. caesarea 2 Tote (+ 1 Tote an Eclampsie); hierfür ist also das Mortalitätsprocent = 25,7%. v. Winkel[12]) giebt 8,6% an.

Von den Früchten waren 8 Knaben und 6 Mädchen, bei 2 fand sich keine Angabe des Geschlechtes. 2 Mädchen und 1 Knabe waren macerirt, 1 Knabe starb später.

Macer. + tote Früchte	3 =	18,8%	bei Inficirten
„ „ „ „	16 =	42,1%	„ allen Gestorbenen
„ „ „ „	528 =	9,8%	„ allen Entbundenen.
Macer. Früchte allein	3 =	18,8%	„ den Inficirten
„ „ „	5 =	13,1%	„ allen Gestorbenen
„ „ „	206 =	3,8%	„ allen Entbundenen.

Ferner machen, von einem andern Gesichtspunkte aus betrachtet, die macerirten Kinder der Inficirten 60%, die macerirten + toten nur 18,8% derjenigen aller Gestorbenen aus.

An Eclampsie starben 4 Frauen und zwar nur Mehrgebärende. Zwei von ihnen waren über 30 Jahre alt, eine 27 Jahre alt und bei der vierten war das Alter nicht angegeben.

Unter den 5251 Entbundenen kamen 27 Eclampsiefälle vor i. e. auf 194 Geburten 1 Eclampsie = 0,51% (Schauta 0,25%. Löhlein 0,6%[13]). Dies ist ein Verhältnis, welches die als Durchschnitt angenommene Frequenz von 1 : 500 weit übersteigt.

An unserer Anstalt fanden von Hecker[14]) 1 : 522,

[12]) v. Winkel, Lehrbuch der Geburtshülfe.

[13]) v. Winkel, Lehrb. d. Geburtsh. III. Aufl. S. 541.

[14]) v. Hecker, Beobachtungen etc. München 1881.

Zahn[15]) 1 : 146 und Madlener[16]) 1 : 364. Man sieht daraus, welch bedeutenden Schwankungen die Frequenz der Eclampsiefälle sogar an ein und derselben Anstalt unterworfen ist.

Wenn auch Zahn 1887 für die Münchener Klinik schon eine hohe Frequenz gefunden hatte, so tritt dieselbe doch noch bedeutend zurück gegen die Angaben von Bockelmann[17]) für die Berliner Kliniken (1 : 49 und 1 : 91) oder diejenigen von B. Wehmer[18]) aus neuerer Zeit für die Giessener Klinik (1 : 103). Am günstigsten, wenn auch nicht mehr so, wie es in der folgenden Tabelle Bockelmanns angegeben ist, steht in dieser Hinsicht die Tübinger Klinik da, für die F. Schmidt[19]) die Frequenz von 1 : 1697 fand, während für die nahegelegene Stuttgarter Hebammenschule derselbe Autor die Zahl 1 : 405 angiebt.

Bockelmanns Statistik:

Berl. Univ.-Frauenklinik	1877—1885 (6252 Geb.)	1 :	49
„ Charitéentbind.-Anst.	1874—1879	1 :	246
„ „ „	1882—1883	1 :	91
Münchener Klinik	1859—1879	1 :	522
Königsberger „	1874—1877	1 :	261
Tübinger „	1869—1881 (2107 Geb.)	0 :	2107
Dresdener „	1873—1878	1 :	275

Diesen älteren Daten möchte ich noch einige aus neuerer Zeit anfügen, die zum Teil den statistischen Zusammenstellungen von Rombi[20]) entnommen sind.

Es beobachtete

Andrieux	Eclampsie unter	10000 Geb.	150 Mal

[15]) Zahn, l. c. [16]) Madlener, l. c.

[17]) Bockelmann, die Mortalität etc. zu Berlin. Zeitschr. f. Gyn. u. Geb. B. XII. H. 1.

[18]) B. Wehmer, über Eclampsie . . . . J. D. Giessen 1891.

[19]) F. Schmidt, über Eclampsie . . . . J. D. Tübingen. 1891.

[20]) Rombi, über Eclampsie . . . . J. D. Leipzig 1890.

Braun	Eclampsie	unter	24000	Geb.	52	Mal
Cazeaux	„	„	38306	„	79	„
Cannnstatt	„	„	97234	„	207	„
Kowalewsky	„	„	2104	„	10	„
Lachapelle	„	„	38000	„	67	„
Merimann	„	„	10000	„	48	„
Pacoud	„	„	11203	„	47	„
Säxinger	„	„	5092	„	3	„
Scanzoni	„	„	72800	„	168	„
Schauta	„	„	134345	„	342	„
Velpeaux	„	„	2500	„	16	„
Winkel*)	„	„	12313	„	59	„
Zweifel	„	„	1899	„	23	„

Die höchste Frequenz fanden also Andrieux 1:67 und Zweifel 1:83. Ausserdem noch Wehmer[21]) 1:103 und die Provinzialhebammenschule zu Köln[22]) 1:100.

Da 4 Frauen an Eclampsie starben (eine Eclamptische ausserdem an Apoplexie), so beträgt die Mortalität 14,8% (v. Winkel[23]) 7—10%, Löhlein 19,3%, Zahn[24]) 20%, Madlener[25]) 27%).

Von den 27 Eclamptischen waren

I parae 17 = 63% und M parae 10 = 37%

Dem Alter nach verteilen sich die I parae folgendermassen.

18	Jahre alt	1	23	Jahre alt	2	
19	„ „	3	24	„ „	1	
20	„ „	2	26	„ „	1	
21	„ „	4	34	„ „	1	(+ an Apoplexie).

*) 1883 1897 s. die Zusammenstellung am Schluss des statistischen Teiles dieser Arbeit.

[21]) Wehmer l. c.

[22]) Ref. im Centbl. f. Gyn. 1894 H. Nr. 42.

[23]) v. Winkel, Lehrb. d. Geb. III. Aufl.

[24]) Zahn l. c.

[25]) Madlener l. c.

Wir finden hierdurch den Satz, dass besonders sehr junge und alte Erstgebärende für die Eclampsie praedisponiert sind, bestätigt, während anderseits nach unsern Ergebnissen alte Mehrgebärende weniger wiederstandsfähig den deletären Einflüssen der Eclampsie gegenüber erscheinen.

Die 27 Eclamptischen hatten 27 Kinder: 14 Knaben und 10 Mädchen, bei drei fand sich keine Angabe über das Geschlecht.

Von diesen waren nur 11 ausgetragen = 40,7% (Zahn[26]) 33,3%, Madlener[27]) 46%) und zehn wurden tot geboren = 37% (Zahn 47,6%, Madlener 46%). Rechnen wir hierzu noch die drei Knaben, die später starben, so erhalten wir eine Kindersterblichkeit von 48,1% (Zahn 47,6%, Madlener 46%).

Die Gestorbenen brachten nur tote Kinder zur Welt (drei Knaben und ein Mädchen).

Nach der Zeit des Auftretens der Anfälle verteilen sich die 27 folgendermassen:

I. Eclampsie während der Gravidität.

16 Fälle = 59,3% der Gesamtheit, nämlich Eclampsia gravid. 9 mal, Eclampsia gravid. et part. 3 Mal, Eclampsia gravid. et part. et puerp. 3 Mal (2 Todesfälle) und Eclampsia gravid. et puerp. 1 Mal.

Zur Eclampsia graviditatis habe ich unbedingt, auch wenn es nicht ausdrücklich in den Geburtsjournalen angegeben war, alle diejenigen Fälle gerechnet, deren Früchte nicht ausgetragen waren. Denn unter den vierzehn Fällen (6.—9. Monat) war es bei zehn Fällen notiert worden, dass die Krämpfe vor Beginn der Wehenthätigkeit angefangen hatten (= 71,4%).

---

[26]) Zahn l. c.

[27]) Madlener l. c.

In den vier Fällen, bei denen es nicht ausdrücklich bemerkt worden war, hatten die Früchte eine Länge von 34, 40, 42,5 und 44,5 cm. Man ist demnach wohl berechtigt anzunehmen, dass bei diesen Fällen die Veränderungen in den Geburtswegen nicht schon derartige waren, dass eine reine Eclampsia gravidarum ausgeschlossen werden konnte, wie es z. B. Gettkant[28]) für die meisten seiner Fälle angenommen hat

Ferner ergiebt sich auch der Schluss, dass in unseren 27 Fällen in 51,9% durch die Eclampsie die Schwangerschaft unterbrochen worden ist.

II. Ausbruch der Anfälle während der Geburt.

9 Fälle = 33,3%. Von diesen waren aber nur 4 Fälle reine Eclampsia partur., denn in den anderen 5 waren die ersten Anfälle noch vor der ersten Geburtsperiode. Ich habe diese aber deshalb unter diese Rubrik versetzt, weil die Kinder ausgetragen waren. Unter den 9 Fällen starben 3.

III. Ausbruch der Anfälle nach der Geburt.

2 Fälle = 7,4%.

Während der Geburt wurden demnach in 15 Fällen Paroxysmen beobachtet. Da nur in 3 Fällen dieselben nicht mit Beendigung der Geburt aufhörten, so wirkte in 80% dieser Fälle die Geburt als Heilmittel.

Was den Eiweissgehalt des Urins anbetrifft, so war in 3 Fällen keine Angabe darüber zu finden, in einem vierten fand ich am zweiten Tage des Wochenbetts die Bemerkung „eiweissfrei".

Die Zahl der Anfälle schwankt zwischen 1 und 32. 9 Fälle zeigen 10 Anfälle und darüber, und zwar 2 mit 12 Anfällen, je einer mit 18, 20, 32 und 4 mit 10 Anfällen. Die tötlichen Fälle zeigen 7 (Apoplexie),

[28]) Gettkant, Beitrag zur Kenntnis der puerp. Eclampsie. J. D. Königsberg 1884.

8. 10 und 12 Anfälle: bei dem fünften Todesfall war eine genauere Angabe nicht möglich. In unsern Fällen kann man also keine Bestätigung des Satzes finden, dass die Sterblichkeit mit der Anzahl der Anfälle wächst.

Da von den Todesfällen 2 unter Eclampsia graviditatis, 3 unter Eclampsia partus, aber keiner unter Eclampsia puerperii fällt, so muss man hiernach der letzteren die günstigste Prognose erteilen. Man beachte dann auch noch, dass bei den tötlichen Fällen der Eclampsia gravid. die Paroxysmen durch die Geburt nicht beendet wurden, sondern noch in das Wochenbett hineinreichten. Einer von ihnen starb an Apoplexie.

Von den 27 Eclampsiefällen wurden 13 operativ beendet = 48,1% und an ihnen 20 Operationen ganz oder teilweise ausgeübt = 74,1% und zwar folgende:

4	Mal	Forceps
4	„	Extraction
3	„	Perforation mit Kranioklasie
2	„	Wendung mit Extraction
1	„	Sectio caesarea
3	„	Fehling-Ritgen
1	„	Kristeller
1	„	Colpeuryse
1	„	Blasensprengung.

Speciell an den Gestorbenen wurden ausgeführt:

1	Mal	Forceps
1	„	Perforation mit Kranioklasie
1	„	Sectio caesarea
1	„	Extraction mit Fehling-Ritgen.

Wir verzeichnen ferner 6 Fälle von Uterusruptur, was einem Verhältnis von 1 : 875 entspricht (Zahn[29]) 1:612, Madlener[30]) 1:800).

Sämtliche Fälle starben.

[29]) Zahn l. c.

[30]) Madlener l. c.

Die Gestorbenen waren nur Mehrgebärende — 100% (Zahn und Madlener 60%). Wir finden also die Praedisposition der Mehrgebärenden für Uterusruptur vollauf bestätigt.

Von den Rupturen waren zwei violent, vier erfolgten spontan. Bei den zwei violenten Rupturen wurde nur 1 Mal mit der Hand behufs der Wendung in den Uterus eingegangen und zwar bei dem ersten Falle (1892 No. 185) ausserhalb der Anstalt. Der Versuch missglückte, die Kranke kam mit einem vorgefallenen Arme, der blauschwarz verfärbt und macerirt war, in die Klinik. Dort wurde nacheinander vergeblich die Decapitation und die Exenteration versucht. Der Uterus war stark tetanisch zusammengezogen. Endlich gelang es, einen Fuss herabzuholen und den Steiss einzuleiten. Ob hier nun die Uteruswunde durch das Eingehen behufs Herabholen des Fusses gesetzt wurde oder durch die mehrfachen, gewaltsamen Wendungsversuche des Arztes ausserhalb der Anstalt, will ich unentschieden lassen. Bei dem zweiten Falle war die Indication zum Einschreiten durch das Hochtreten des Contractionsringes gegeben. Es wurde die Perforation des Kopfes vorgenommen. Der Kranioklast glitt 3 Mal ab, die Kopfknochen mussten einzeln abgesprengt und ausgelöst werden. Mittelst des in die linke Schulter eingelegten Braun'schen Hackens wird dann die Extraction gemacht. Die Schultern folgen erst nach den grössten Anstrengungen.

Bei den 6 Fällen wurde 5 Mal operativ eingegriffen = 83,3% und damit 10 Operationen ganz oder teilweise ausgeführt = 166,6% und zwar:

2 Mal Decapitation, 1 Mal mit Exenteration,
2 „ Perforation mit Kranioklasie,
2 „ manuelle Entfernung der Placenta aus der Bauchhöhle,

1 Mal Einleiten des Steisses und Extraction,
1 „ Wendungsversuch,
1 „ Laparotomie.

Nur eine der Gestorbenen war unter 30 Jahre alt; bei einer anderen konnte das Alter nicht ermittelt werden.

Was die Früchte anbetrifft, so waren 2 macerirt und 2 tot (je 1 Knabe und 1 Mädchen).

Bei den beiden andern, die auch tot zur Welt kamen, fanden sich keine genauere Angaben. 2 Kinder waren gross: eins 4000 gr schwer, das andere sehr gross (ohne Zahlenangabe) und Hydrocephalus.

Soweit sich darüber Angaben fanden, war je eine I. und II. Schädellage, eine Schieflage I,b. und eine II. Steisslage vorhanden.

Zum Schluss des statitischen Teiles dieser Arbeit wird es wohl nicht ohne Interesse sein, die gleichwertigen Daten aus allen 3 Arbeiten (von Zahn, von Madlener und der vorliegenden) zusammenzufassen und jetzt an der Hand grösserer Zahlen für den Zeitraum von 1883—1897 die Resultate aufzustellen, denen dann in mancher Hinsicht wohl eine bessere Beweiskraft zuzuschreiben ist, als den einzelnen kleinen Zahlen in jeder der drei Arbeiten.

In dem Zeitraum von 1883—1. März 1897 kamen an der hiesigen Anstalt 12313 Geburten vor mit 91 Todesfällen. Die Gesamtmortalität beläuft sich also auf 0,73% (0,84%, 0,67%, 0,72%).*)

Davon waren

I parae 5431 = 44,1% (40,4%, 42,2%, 47,7%),
M parae 6877 = 55,9% (59,5%, 57,8%, 52,3%)

*) Die in Klammern gesetzten Zahlen geben der Reihenfolge nach die Ergebnisse von Zahn, Madlener und mir an.

und

15—30 Jahre alt 9435,
30—44 „ „ 2316.

Dies stellt also ein Verhältnis von 4:1 dar.

Von den Gestorbenen waren

I parae 27 = 29,7% (39,7%, 29,6%, 29%),
M parae 64 = 70,3% (69,2%, 70,4%, 71%)

und

15—30 Jahre alt 39,
30—44 „ „ 52.

Ihr Verhältnis zu einander ist also etwa wie 1 : 1,3.

Wir finden also, die Zahlenangaben für die Gestorbenen mit denen für die Gesamtheit verglichen, eine bedeutend höhere Mortalität der Mehrgebärenden und eine bedeutend höhere Praedisposition des höheren Alters.

Zur Infectionsmortalität fanden sich 35 Fälle = 0,29% (0,29%, 0,25%, 0,3%).

Da aber 7 Fälle nicht auf Rechnung unserer Klinik fallen (bei Madlener 2 und bei mir 5 Fälle), so sinkt die Infectionsmortalität auf 0,23% (0,2%, 0,21%). Von diesen waren

I. parae 15 = 42,9%,
M. parae 20 = 57,1%

und

15—30 Jahre alt 21,
30—44 „ „ 14.

Ihr Verhältnis beträgt also 1,5:1.

Dadurch bekundet sich ein höherer Procentsatz für Mehrgebärende gegenüber der Infectionsgefahr und eine verminderte Widerstandsfähigkeit für das höhere Alter!

Operationsfrequenz im Allgemeinen (leichtere Operationen nicht mitgerechnet):

880 Operationen = 7,1% (6,9%, 6,9%, 7,7%),

bei den Gestorbenen

60 Operationen = 65,9% (47%, 48%. 100%).

Bei den Gestorbenen finden wir also eine über 9 Mal höhere Zahl als bei der allgemeinen Statistik.

Bei den Inficirten

18 Operationen = 48,6% (44,4%, 40%, 56,2%).

Mortalitätsprocent auf die operativen Fälle bezogen = 4,7% (4%, 4,7%, 4,9%).

Placentarlösungen fanden 45 statt = 0,37% mit 15,5% Mortalität.

Uterusrupturen 16 bei 12313 Geburten i. e. 1:770 (1:612, 1:800, 1:875). Von den 16 Fällen waren M parae 12 = 75% (60%, 60%. 100%); dies bedeutet also eine starke Praedisposition der Mehrgebärenden für Uterusrupturen. Violente Rupturen waren davon 6 = 37,5%. Welchen bedeutenden Schwankungen die Häufigkeit der Uterusrupturen unterworfen ist, möge die Angabe Braun's[31]) beleuchten. Derselbe fand unter 38000 Geburten nur 19 Rupturen = 1:2000 (7 wurden geheilt = 36,8%); M. parae waren 100%.

Eclampsie:

59 Fälle = 1:209 (1:146, 1:364, 1:194).

Davon starben:

11 = 18,6% (20%, 27%, 14,8%)

und waren

I parae 37 = 62,4% (79,19%, 46%, 63%.)

Dies zeigt also eine Praedisposition der Erstgebärenden für Eclampsie an, die noch deutlicher aus der folgenden Tabelle erhellt, die zum grössten Teil der Arbeit von Fr. Schmidt[32]) entnommen ist.

---

[31]) Ref. im Centrbl. für Gyn. 1894. H. Nr. 44.

[32]) Fr. Schmidt über 3 Fälle von Eclampsie. I.-D. Tübingen. 1891.

Braun	fand	86%	I parae,
Bummerstädt	„	79%	„
Depaul	„	79%	„
Lantos	„	78%	„
Löhlein	„	85%	„
Säxinger	„	90%	„
Scanzoni	„	80%	„
Winkel	„	75%	„
Zweifel	„	78%	„
Ref. für Köln[33])	„	84%	„

Eine besondere Bevorzugung der alten I parae lässt sich bei uns nicht erkennen, da von den 37 I parae nur 5 über 24 Jahre alt waren.

Von ihren Kindern waren ausgetragen nur 26 = 44% (33,3%, 46%, 40,7).

Die Kindersterblichkeit beträgt bei 29 Toten 49,2% (52%, 46%, 48,1%). v. Winkel[34]) berechnet 77% Hofmeier[34]) 57%, Braun[34]) 39%, Ref. für Köln[33]) 29%, W. Seeger[35]) für die Berl. Charité (Gusserow) 34,87%.

Ferner würden auch wohl einige Angaben über das Verhältnis der Mütter zu ihren Kindern nicht ohne Interesse sein.

Die 12313 Mütter hatten insgesamt 12605 Kinder. Darunter waren 145 Zwillingsgeburten = 1,2% und 2 Drillingsgeburten = 0,02%.

Bei 265 Kindern war das Geschlecht nicht angegeben resp. konnte nicht erkannt werden. Danach bleiben noch

6390 Knaben = 52% (52,1%, 49,6%, 51,2%),
5850 Mädchen = 47,8% (47,8%, 46,9%, 48,8%).

[33]) Ref. im Centrbl. für Gyn. 1894. Nr. 42. (Provinzialhebammenschule.)

[34]) v. Winkel, Lehrb. d. Geb. III. Aufl.

[35]) W. Seeger, über Symptomologie etc. der Eclampsie. I.-D. Berlin. 1890.

Die Gestorbenen hatten 91 Kinder, von denen bei 11 das Geschlecht nicht angegeben war.

47 Knaben = 58,8% (66,6%, 61%, 51,5%),

33 Mädchen = 41,2%. (33,3%, 39%, 48,5%).

Darnach starben also nach der Geburt von Knaben mehr Mütter, als nach der von Mädchen.

Was die macerirten Früchte anbetrifft, so kann ich leider nur eine Zusammenstellung aus der Arbeit von Zahn und der vorliegenden machen, weil bei Madlener nur diejenigen der Gestorbenen, aber nicht die der Gesamtheit angegeben sind. Wir finden demnach unter 8501 Kindern 307 Foetus maceratos = 3,8% (3,3%, 3,8%).

Bei den 64 Kindern der Gestorbenen waren 8 macerirt = 12,5% (12,5%, 13,1%).

Wir ersehen daraus, dass bei den Gestorbenen die Zahl der macerirten Früchte die der Gesamtheit um das vierfache übertrifft.

Inwiefern hier die Gegenwart eines macerirten Kindes auf das Fieber von Einfluss gewesen ist, erhellt aus den genaueren Angaben der einzelnen Arbeiten. Während Zahn und Madlener zu der Ansicht gelangten, dass bei ihren Fällen (9) keine Beteiligung der macerirten Früchte zu erkennen sei, konnte ich bei zweien unter den 5 Fällen eine solche nicht ganz ausschliessen, ja in einem Falle musste ich dieselbe direkt zuerkennen.

Casuistik.

Wie bereits oben erwähnt ist, befanden sich unter den 38 Todesfällen 16 deren Todesursache laut der pathologisch-anatomischen Diagnose Sepsis gewesen ist. Es ist auch schon näher erörtert worden, weshalb 5 von diesen Fällen, als nicht der Klinik zur Last fallend, ausgeschieden werden mussten und somit sich eine Infectionsmortalität von 0.21% (statt 0.3%) ergiebt.

Bevor ich an die Besprechung dieser Fälle gehe, lasse ich in möglichst ausführlichem Auszuge die Geburts- und Krankengeschichten nebst den zugehörigen Sectionsprotocollen folgen.

Bei der Anführung derselben habe ich mich an die Einteilung v. Winkels gehalten, der auch meine Vorgänger gefolgt sind, und fand

13 Fälle von Metrolymphangitis und
3 „ „ thrombotischer Metrophlebitis.

1. 1892 Nr 2. Betty B., 25 Jahre, I p., wurde am 1. Januar 1892 aufgenommen. I. Schädellage. Part. wird innerlich nicht untersucht, greift dagegen aber 1 St. vor erfolgter Geburt mit ihren schmutzigen Händen fortwährend an den Genitalien herum!

Am 2. Januar 1892 morgens spontane Geburt eines lebenden Mädchens (50 : 3000). Nachgeburt spontan 20 Min. p. p. Temp. 37,6.

Puerperium: An den ersten beiden Tagen ist Temperatur und Puls normal. Pat. klagt aber über Schmerzen in der r. Seite. Eisblase wird nicht vertragen.

3. Tag. M. T. 36,6. P. 76. Keine Schmerzen mehr. Uterus ist gut contrahirt. A. T. 39,0. P. 92.

4. Tag. Pat. hat das Chinin gebrochen. Kein Schlaf wegen heftiger Schmerzen im Abdomen, welches sehr druckempfindlich ist. M. T. 40,3. P. 120. A. T. 39,6. P. 100.

5. Tag. Pat. bricht fortwährend. Abdomen noch sehr druckempfindlich. Herzklopfen. Auskultation ergiebt nur beschleunigte Action, keine Geräusche. M. T. 39,4. P. 108. A. T. 39,6. P. 100.

6. Tag. Status idem. M. T. 39,4. P. 104. A. T. 39,6. P. 100.

7. Tag. Pat. behält auch in Oblaten das Antifebrin nicht bei sich, daher Cognac und Eisstückchen. Abdomen aufgetrieben und sehr druckempfindlich. M. T. 40,0. P. 116. A. T. 40,5. P. 120.

8. Tag. Pat. fühlt sich etwas besser. Zunge stark belegt. Meteorismus und Schmerzen haben etwas nachgelassen. M. T. 38,8. P. 100. A. T. 39,2. P. 108.

9. Tag. Etwas Schlaf, sonst Status idem. Temp. 39,2.

10. Tag. Ziemlich starker Meteorismus. Pat. klagt über Durst. M. T. 39,6. P. 120. A. T. 39,4. P. 108.

11. Tag. Diarrhoeen. Starke Schmerzen. Abdomen noch aufgetrieben. M. T. 39,5. P. 108. A. T. 39,9. P. 120.

12. Tag. Schlechter Schlaf. Beschwerden beim Atmen. Rasselgeräusche in der Regio infrascap. dextr. Schmerzen im Abdomen haben etwas nachgelassen. Pneumonie. M. T. 38,8. P. 100. A. T. 39,5. P. 128.

13. Tag. Status idem. Rasselgeräusche und Dämpfung über der rechten Schulter. Mittags wird ein entstehender Decubitus von Handtellergrösse in der Kreuzbeingegend entdeckt: auf der linken Seite in der Mitte Epithelabschürfungen. M. T. 38,6. P. 128. A. T. 39,5. P. 130.

14. Tag. Pat. hat auf ein Bad von $26^1/_2{}^0$ ziemlich gut geschlafen und fühlt sich Morgens um 7 h auf Befragen wohl und besser. T. 38,9. P. 128. Um 8 h ^{15} Exitus letalis.

Section: Abdomen vorgewölbt, gespannt, Labien livid verfärbt, reichlich mit Secret bedeckt. In Abdomen 2—3 L. trüben, gelblich-grünen Eiters, mit grösseren Fibrinflocken vermischt. Darmschlingen sind miteinander verklebt. Uterus schlaff, kindskopfgross, die Seiten sind mit Fibrinmassen bedeckt. Ovarien mit den Seitenwänden des kleinen Beckens fest verwachsen. L. Ovarium bis Kleinhühnereigrösse vergrössert, mit trübem Überzug. In demselben kleine Bläschen, dann erbsen- bis kirschgrosse nekrotische Heerde von grünlich-gelber Farbe, erfüllt mit nekrotischen Massen; daneben vielfach kleine Cystchen mit klarem Inhalt. R. Ovarium ebenfalls vergrössert.

Auf dem Ueberzuge nekrotische Massen. Im Innern erbsengrosse, nekrotische Heerde, zahlreiche Cystchen. Die Gefässe sind wie beim l. Ovarium deutlich thrombosirt; die Thromben zum Teil etwas gelblich. Muttermund für 1 Finger passirbar. Portio stark aufgelockert. Cervix und Uterussinnere mit blutig-schleimigen Massen bedeckt. Schleimhaut aufgelockert. An der Placentarstelle vielfache graugelbliche Heerdchen teils grünlich ausschauend, fest aufsitzend, teils zusammenhängende Belege bildend. Uteruswand verdickt. Nirgends Thromben sichtbar, hin und wieder etwas flüssiges Blut. Auf der lividen Schleimhaut der Vagina mehrere oberflächliche Substanzverluste, deren Umgebung stark injicirt ist und den normalen Glanz verloren hat. Der Grund zeigt keinen Belag.

In der l. Pleurahöhle $^1/_2$—$^3/_4$ L. trüber hämorrhogischer, mit Fibrinflocken gemischter Flüssigkeit. Beide Lungen frei. Pleura beider Oberlappen in den unteren Partien samtartig getrübt, mit Fibrinbeschlägen; ebenso über dem l. Unterlappen. Im linken Unterlappen Saftgehalt vermehrt, Luftgehalt bedeutend herabgesetzt. Herz im Ganzen vergrössert. Leber vergrössert, Schnittfläche graurot, glatt, acinöse Zeichnung undeutlich. Milz etwas vergrössert, Kapsel getrübt, Schnittfläche graurot. Beide Nieren etwas geschwellt. Rinde bei beiden verbreitert, in derselben grauweise trübe Streifen. Sämtliche Baucheingeweide sind mit einander verklebt. Magen ziemlich gross, mit reichlichem, gelben, mit Eiresten vermischten Inhalt. Schleimhaut stark gefaltet, ödematös geschwellt. Im Pilorusteile eine strahlige Narbe. Darmserosa von graurötlicher Farbe. Schleimhaut des Dünndarms ödematös geschwellt, Follikel geschwellt, dünnflüssige Kotmassen. An der Klappe stärkere Injection und auf deren Höhe einige flache Substanzverluste, in deren Umgebung einige quergestellte Geschwürchen, deren Grund schwärzlich verfärbt ist. Im Dickdarm keine Geschwüre weiter. Schleimhaut gefaltet, ödematös.

Anatomische Diagnose: Eitrige, fibrinöse Peritonitis ausgehend offenbar von den inficirten Placentarstellen. Methrolymphangitis. Eiterheerde in den Ovarien. Thrombosirung der Gefässe in denselben. Pleuritis fibrinosa-purulenta. Compressionsatelektase des l. Unterlappens. Leichte Dilatation des r. Ventricels. Trübe Schwellung von Leber, Milz und Nieren. Gastritis chronica. Narbe an der kleinen Curvatur. Substanzverluste an der Klappe. Oberflächliche Schleimhautrisse in der Vagina.

Epikrise: Diese Form ist, wie auch schon in der anatomischen Diagnose ausgesprochen ist, so auch

nach dem klinischen Verlaufe als eine rein lymphatische anzusehen, denn die Thromben in den Ovarialgefässen haben nur für diese Organe eine Bedeutung. Eine weitere Verschleppung der Virus durch die Blutbahn hat offenbar nicht stattgefunden. Bemerkenswert ist noch, dass die Section statt der intra vitam diagnosticirten rechtsseitigen Pneumonie nur Pleuritis ergeben hat und eine durch das Exsudat bedingte Atelektase des l. Unterlappens, aber nicht, wie man nach den Befunden an der Lebenden hätte erwarten sollen die Pleuritis besonders stark auf der rechten Seite, sondern mehr auf der linken.

2. 1892 Nr. 217 Luise Sch. 33 Jahre alt, II p. Aufnahme am 25. März 1892 2^{15} p. m. Um 5 h spontane Geburt eines lebenden Mädchens (54 : 4190). Placenta 10 Min. p. p. durch Credé. Heisse Ausspülungen wegen starker Blutung. Ergotin.

Puerperium. Am 3. Tage Kopfschmerzen. T. 37,6. P. 90. Am 4. Tage Schlaffwerden des bis dahin gut contrahirten Uterus. Heisse Ausspülungen. Beim Husten tritt Blut aus der Scheide. M. T. 38,4 P. 116. A. T. 39,8. P. 136.

5. Tag. Schüttelfrost. Kopfweh. Uterus 3 Querfinger unterhalb des Nabels. Ausfluss stark blutig, mit Blutcoagula untermischt, übelriechend. M. T. 39,8 P. 142 A. T. 37,7 P. 108.

6. Tag. Status idem. Meteorismus. M. T. 37,7 P. 130. A. T. 40,0 P. 132.

7. Tag. Pat. sieht schlecht aus, 3 Mal Stuhlgang. Meteorismus mässiger. Sonst status idem. M. T. 40,1. P. 132. A. T. 39,9. P. 132.

8. Tag. Diarrhoeen 7 Mal am Tag. Meteorismus stärker. Stark druckempfindliches Exsudat l. vom Uterus. M. T. 39,0. P. 130. A. T. 39,5. P. 140.

9. Tag. In der Nacht unwillkürlicher Stuhlgang. Urinretention, Erbrechen, Diarrhoeen. Nasenflügelatmen. M. T. 39,8. P. 140. A. T. 39,7. P. 148.

10. Tag. Pat. sieht sehr schlecht aus, ist unruhig. Gesicht aschgrau, von ängstlichem Ausdruck. Starker Meteorismus. Verbreiterung drs Herzens nach rechts. Pleuritisches Reiben über den unteren, linken Lungenteilen. Diarrhoeen. M. T. 39,5 P. 130. A. T. 49,0. P. 144.

11. Tag. 6^{45} a. m. Exitus letalis. Kurz vorher unwillkürlicher Stuhlabgang.

Section: In der Bauchhöhle reichliche, mit grösseren Flocken vermischte, grüngelbe Flüssigkeit. Auf der Leber fibrinöse Beschläge. Gedärme aufgetrieben. Uterus mit Adnexen von reichlichem, citrigen Exsudat umgeben. Ovarien fast hühnereigross. Oberfläche rötlich, injicirt. R. Ovarium mit Darm verlötet, erfüllt mit breiigen, rahmartigen Eitermassen. Am After Hämorrhoidalknoten. In der Blase wenig citrig-trüber Inhalt. Hintere Vaginalwand gerunzelt, bläulichrot. Am Vaginaleingang ein linsengrosser Substanzverlust, weiter nach hinten Abhebungen der Schleimhaut. Im Muttermund abziehbare Membranen, darunter dunkelgraues Gewebe. In der Cervix arrodirte Schleimhaut mit Hämorrhagien und sparsamem grün-gelben Belag. Corpusschleimhaut mit sanguinolenten Schleimmassen bedeckt. Placentarstelle an der vorderen Uteruswand mit Schleim- und Fibrinmassen bedeckt. Die thrombosirten Gefässe dort schwärzlichrot. Nirgends Eiter oder Jauche sichtbar. L. Ovarium von sulziger Beschaffenheit. Kleine Cysten. Auf dem Durchschnitt bis in die Tiefe hinein kleinste Eiterherde. Tube stark entzündet, mit zähen citrigen Massen erfüllt, in der Wand stecknadelgrosse, gelbe Pünktchen. R. Ovarium ist ein Fachwerk, erfüllt mit Blut und Eiter; thrombosirt, an den vorderen Stellen eine Oeffnung mit Fibrin und Blutmassen. Beim seitlichen Einschneiden in den Uterus quellen teils bräunliche, teils citrig-schleimige Massen hervor, offenbar aus den Lymphgefässen. Eiterherde nahe am Uterus. R. Tube mündet in einen grösseren Abscess.

R. u. B. Lunge h. u. stark adhaerent. In dem l. Pleuraraum einige Weingläser braunrötlicher, trüber, mit Flocken gemischter Flüssigkeit. L. Oberlappen sulzig, U. B. collabirt, luftleer, Blutgehalt vermehrt. R. Ober- und Mittellappen anämisch. U. L. ganz luftleer, in den unteren Abschnitten deutlich infiltrirt. Schnittfläche leicht gekörnt, graurot. In den Arterien frische Thromben. In den Bronchien schleimig-citrige Massen. Fibrin und Blutmassen, gutartig aussehend, lassen sich bis in die feinsten Verzweigungen verfolgen. Im r. Vorhof reichliche Fibringerinnsel. Auf den Trabekeln weisse grosse, trockene Fibrinmassen. Milz vergrössert, mit feinen fibrinösen Auflagerungen. Leber gross, Fettgehalt vermehrt. Nieren geschwellt, Mark und Rinde wenig geschieden. Magenschleimhaut schmutzig-grau, ödematös, warzige Hypertrophie.

Anatomische Diagnose: Sepsis. Eitrige Peritonitis. Metrolymphangitis. Vollkommene Vereiterung des r. Ovariums. Eiter in beiden Tuben und dem l. Ovarium. Pleuritis adhaesiva beider-

seits, exsudativa links. Compressionsatelektase des l. Unterlappens. Lobuläre Pneumonie desselben. Embolie der Lungenarterien. Thromben im r. Herzen. Schwellung der Leber, Milz und Nieren. Gastritis chron. poliposa. Gereinigtes Geschwür am Scheideneingang.

Epikrise: In wieweit die Embolie der Lungenarterien von Einfluss gewesen ist, möge aus einer Vergleichung mit einem später anzuführenden Falle von Embolie erhellen. Bemerkenswert ist hier noch die gleich beim Auftreten des Fiebers sich zeigende hohe Pulszahl, die sich während der ganzen Krankheitsdauer auf einer prognostisch sehr ungünstigen Höhe erhielt.

3. 1892 Nr. 549. Anna U. 37 Jahre, VII p. Aufnahme am 28. Juli 1892 6^{15} p. m. Frühere Geburten und Wochenbetten normal. Becken etwas abgeplattet (Dist. ext. 17. Dist. diag. $11^1/_1$).

Wegen irreponibelem Nabelschnurvorfall wurde direkte innere Wendung mit Extraction vorgenommen. Der Kopf ist nur durch starkes Drücken von oben in das Becken zu bringen. Lebender Knabe, asphyktisch im I. Grade. Credé. Heisse Carbolausspülungen, worauf sich der Uterus besser contrahirt. T. 37,6 P. 92.

Puerperium: Am 2. Tage Ausfluss etwas übelriechend. Parametrien auf Druck schmerzhaft. T. 36,6 P. 88.

4. Tag. Uterus gut contrahirt. Abdomen und Parametrien nicht schmerzhaft. Blutung aus den Genitalien. A. T. 38,9. P. 104.

5. Tag. Uterus gut contrahirt, bis zum Nabel (?). T. 40,0. P. 116.

7. Tag. Dämpfung auf der Lunge r. h. u. Ueberall Rasselgeräusche. Starke Atembeschwerden. Schleim in Larynx. Kein Auswurf. M. T. 38,6. P. 132. A. T. 39,7. P. 144.

8. Tag. Schlechtes Befinden. Atembeschwerden. Starker Meteorismus, sodass Uterus nicht durchzufühlen ist. Auf Einlauf ein ganz eigelber, gallensaurer, übelriechender Stuhl. Viel Flatus. T. 39,6, P. 144.

9. Tag. Starke Bronchitis. Dämpfung beiderseits. Starkes Trachealrasseln. Puls schwach, kaum zu fühlen. Warmes Bad mit kalten Uebergiessungen. Exitus letalis.

Section: Abdomen aufgetrieben. Im Abdomen reichliche, eitrige Flüssigkeit. Im Uterus schmieriger Belag und fetziges, gangrä-

nöses, schwer abziehbares Gewebe, namentlich an der Placentarstelle. Die Thromben dort nirgends erweicht, gelblich verfärbt, anscheinend keine förmliche Einschmelzung (?). In der Uteruswand klaffende Gefässe. An der l. Kante entleert sich auf Druck aus ihnen etwas Eiter. Die Gefässe der Plexus pampinif. enthalten flüssiges Blut.

Diagnose: Endometritis katarrhalis. Leichte Metrolymphangitis suppurativa. Metastatische Peritonitis. Hypostase beider Lungen. Lungenödem.

4. 1893 Nr. 16. Marie Z. 18 Jahre, I p. Aufnahme 6. Januar 1893 3^{20} p. m.

Um 4^{10} p. m. spontane Geburt eines lebenden Knaben (48:2850) in I. Schädellage.

Puerperium. Am 1. Tage Parametrien auf Druck schmerzempfindlich. Am 2. Tage trat daneben Fieber auf. Zahlreiche Erosionen am Introitus und an der Vulva. 2 Schüttelfröste. Puls ist dicrot. In der Nacht Diarrhoeen. Starke Schmerzempfindlichkeit des ganzen Abdomens. Erbrechen auf Schlucken von Eisstückchen. M. T. 40,2. P. 124. A. T. 40,8. P. 132.

3. und 4. Tag. Diarrhoeen. Erbrechen, Meteorismus. Kopfschmerzen. Das Bild einer schweren Infection. M. T. 38,6. P. 112. A. T. 39,3. P. 132.

5. Tag. Nacht sehr unruhig. Diarrhoeen. Erbrechen. Grossblasige Rasselgeräusche. Schlingbeschwerden. Delirien. Cyanose. M. T. 38.4. P. 120. A. T. 38,0. P. 120.

6 Tag. Nacht sehr unruhig. Galliges Erbrechen. Unter grossen Beschwerden blutiges Sputum. Cyanose wird stärker. Puls klein, leicht zu unterdrücken. Starke Atembeschwerden. Nachts 1h a. m. Exitus letalis. M. T. 37,6. P. 120. A. T. 39,5. P. 124.

Section: Viscerales und parietales Blatt des Peritoneums mit citrig-fibrinösem Belag. Im Abdomen $1^1/_2$ L. gelblichen, dünnflüssigen Eiters, mit grösseren Fibrinflocken. Gedärme stark aufgetrieben. Pleuren bds. samtartig getrübt, teils mit citrig fibrinösem Belag, bes. über den U.-Lappen. Saftgehalt in bd. Lungen vermehrt. O.- und U.-Lappen der l. Lunge zeigen dunkelrote, glatte Flecken auf hellem Grund. Im O-Lappen der r. Lunge dunkelrote Flecken. Leichte Körnung. Luftgehalt bedeutend herabgesetzt. U-Lappen beinahe luftleer. Blut- und Saftgehalt stark vermehrt. Die Oberfläche sämtlicher Abdominalorgane zeigt citrig-fibrinöse Auflagerungen. Milzschnittfläche marmoriert. Follikel geschwellt. Pulpa höckerig. Leber schlaff, geschwellt. Nieren braunrot, geschwellt. In den Nierenbecken Ecchymosen. Schleimhaut leicht getrübt.

Haut an den äusseren Genitalien livid, geschwollen. An der hinteren Seite der Vagina ein linsengrosser, mit fibrinösen Membranen bedeckter Schleimhautdefekt. Uterussubstanz sehr weich. Aussenfläche auch mit eitrig-fibrinösem Belag. Schnittfläche des Uterus von schmutzig-brauner Farbe. Uterusinnere überall mit schleimigen, blutigen Massen bedeckt. In den stark erweiterten Gefässen viel flüssiges Blut. Oberfläche der Tuben und Ovarien wie die des Uterus.

Diagnose: Puerperale Sepsis. Eitrig-fibrinöse Pleuritis. Peritonitis im Puerperium. Schwellung von Leber und Nieren. Beginnende Pneumonie. Geschwür der Vagina mit eitrigem Belag.

Anmerkung: Die Infection erfolgte wahrscheinlich durch einen Praktikanten, der sich mit der Section neugeborener Kinder in der Klinik beschäftigt hatte. Dieser Umstand erklärt auch zur Genüge den ausserordentlich schweren Verlauf der Sepsis.

5. 1893 Nr. 239. Maria W. 42 Jahre, XIV. p. Aufnahme am 29. März 1893 wegen Blutungen. Frühere Geburten und Wochenbetten normal.

Placenta praevia lateralis.

Die Blutungen waren schon vor 8 Tagen aufgetreten und hatten mit Unterbrechung von 2 Tagen, nach der in der Klinik erfolgten Tamponade, fast beständig angedauert. Auch am 30. und 31. März und 1. April dauern die Blutungen fort, nachdem am 31. schmerzhafte Wehen aufgetreten sind. Pat. ist sehr anämisch. Am 1. April in der Nacht ein Schüttelfrost. T. 39,5. Am 1. April 4^{15} a. m. stehen nach starken Wehen die Blutungen. Herztöne des Kindes sind nicht zu hören. 7^{10} p. m. spontane Geburt eines Knaben (50 : 2625), asphyktisch im II. Gr. Derselbe wird schwer zum Leben gebracht. T. 37,8.

Placenta wird nach 48 Stunden wegen Temperatursteigerungen (39,7) und putriden Geruches des Ausflusses manuell ausgeschält. Es ergab sich, dass nur ein Lappen der Placenta den Muttermund verdeckt hatte. Der Uterus erschlafft immer wieder, nachdem er sich auf Reiben gut contrahirt hatte.

Puerperium: In der Nacht zum 4. und 5. April rasch nach eintretender Collaps, bei dem die Temperatur auf 40,2 stieg. Lochia foetida. Leichte Empfindlichkeit des Abdomens. M. T. 39,4. A. T. 39,0. P. 140.

Am 5. Tag. Pat. noch stark collabirt. Das ganze Abdomen

empfindlich. L. u. eine leichte Verhärtung (Exudat ?). T. 39,0. P. 110.

6. Tag. Pat. soporös, stöhnt und spricht vor sich hin, giebt aber auf Befragen Auskünfte. Deutliche Resistenz in der r. Hälfte des Abdomens, wo auch bis zur Nabelhöhe gedämpfter Perkussionsschall herrscht. Lageveränderungen lassen die Dämpfungsgrenzen unverändert. Abdomen stark druckempfindlich. Starker Durst. Abends deutlicher Schüttelfrost. Pat. unruhig und unbesinnlich. M. T. 36,6. P. 116. A. T. 37,6. P. 120.

7. Tag. Pat. beruhigte sich in der Nacht erst nach Morphiumeinspritzungen. Am Morgen völlig apatisch. M. T. 37,9. P. 124. A. T. 36,8. P. 108.

8. Tag. Morgens 7½h Exitus letalis, nachdem Pat. in der Nacht fortwährend gestöhnt und geschrien hatte.

Section ergiebt Septicaemie. Endometritis puerperalis. Nephritis parenchymat. acuta. Degeneratio hepatis parenchymat. Acuter Milztumor. Pneumonia lobularis dextra. An der l. Scheidencommissur sind confluirende, zickzackförmige Substanzverluste, die bis in die Submucosa hineinreichen. Die Innenfläche des Uterus ist mit massenhaften, zottigen, grauen und gelben, ziemlich fest anhaftenden, teilweise pilzförmig ins Lumen hineinragendenden Excrescenzen bedeckt, dazwischen schmierige, graugelbliche Massen. In der Umgebung der Scheide ist das Beckenbindegewebe von zahlreichen schwärzlichen Blutungen durchsetzt. Der seröse Ueberzug aller Abdominalorgane ist glatt, glänzend. Gefässe zeigen nichts besonderes.

Epikrise: Es ist merkwürdig, dass sich in der Section keinerlei Befunde für die am 6. Tage deutlich gefühlte Resistenz ergeben hat. In nachträgliche Vermutungen über die mögliche Beschaffenheit derselben sich zu ergehen, ist zwecklos. — In der Krankengeschichte herrschen zweifelslos die Symptome der Anämie bei weitem vor. Aus dem Grunde finden wir hier auch keinen typischen Fieberverlauf, wie wir ihn sonst bei Sepsis, zumal bei der lymphatischen Form zu finden gewohnt sind. Nur die Temperatur von 40,2° bei dem Collaps und die Schüttelfröste, bei denen merkwürdigerweise die Temperatur normal bleibt, zeigten, abgesehen von den Lochia foetida und

der Druckempfindlichkeit der Abdomens, die erfolgte Infection an.

6. 1893 Nr. 407. Franciska H. 23 Jahre III p. Aufnahme am 21. Juli 6^{30} p. m.

Vorige Schwangerschaften, Geburten etc. normal. Pat. wird nur äusserlich untersucht.

Um 9^{30} p. m. spontane Geburt eines lebenden Mädchens (49 : 2850). Placenta 10 Min. p. p. spontan. T. 37,3.

Puerperium. Am Abend des 2. Tages tritt bei sonstigem Wohlbefinden eine Temperatur von 38,4° auf, die bis zum Abend des nächsten Tages auf 40,0° steigt, während der Puls 136 Schläge zählt. Am Mittag des 3. Tages trat ein Schüttelfrost auf. Schmerzen im r. Parametrium. Lochia foetida.

4. Tag. Auch wenn man hinter dem Uterus eindrückt, empfindet Pat. Schmerzen. Sonst status idem. M. T. 38,8. P. 108. A. T. 39,1. P. 120.

5. Tag. Leibschmerzen. Eine Resistenz ist im r. Parametrium nicht zu fühlen. Hustenreiz und Stechen auf der Brust. Keine Dämpfungen. L. h. u. etwas Rasseln. Uterus gut contrahirt. Ausfluss stark übelriechend. M. T. 40. P. 108. A. T. 40,3. P. 104.

6. Tag. Befinden gut. Abdomen nirgends mehr druckempfindlich. Herz und Lungen ohne Befund. Hustenreiz hat nachgelassen. Ausfluss wie gestern. Morgens und Nachmittags je 2 Schüttelfröste. M. T. 40,0 P. 96. A. T. 39,6. P. 104.

7. Tag. Pat. matt, hat keine Schmerzen. Ausfluss stark, sehr übelriechend. Uterus etwas weich. Parametrien frei. Früh um 5h Temp. 39,0° um 8h nur 36,3°. Die Haut schwitzt nicht, ist kühl. Um 10 h Temperatur nach einem Schüttelfrost wieder auf 38,7° gestiegen. Mittags und Nachmittags noch je einen Schüttelfrost. Temperatur übersteigt wieder 39°, daher Chinin. Kopfschmerzen.

8. Tag. Schmerzen in den Waden, die etwas geschwollen sind, ebenso in den Unterarmen, wo r. diffuse, l. eine circumscripte Schwellung an der Ulnarseite nachweisbar ist. Keine Schüttelfröste. Parametrien vollkommen frei. Ausfluss sehr übelriechend. Puls sehr klein und weich. Auf der r. Thoraxseite ist eine nach hinten aufsteigende Dämpfung nachweisbar. Sensorium etwas benommen. M. T. 40,0. A. T. 38,5.

10. Tag. 5 h m. Exitus letalis.

Section ergiebt Sepsis, Putrescentia uteri, eitrig-jauchige Lymphangitis uteri. Beginnende Pelvioperito-

nitis. Abscess in der Muskulatur des l. Vorderarmes. Acuter, septischer Milztumor, parenchymat. Nephritis.

Uterus ist mit etwas dünnem, gelbem, eitrigem Belag versehen. An einer etwas prominenten, markstückgrossen Stelle gelbliche Verfärbung und sehr weiche Consistenz. R. Tube mit Uterus durch eitrige Massen teilweise verklebt. R. Ovarium succulent, mit kleiner Cyste. Schleimhaut des Uterus zeigt an einer Stelle eine Gruppe kleiner Ecchymosen. Portio und Uterusinnere schmutzig-grünlich verfärbt. An einer Stelle des Uterus eine erbsengrosse colloide Cyste. Das Uterusinnere enthält einen schmutzig-grau-grünen, teilweise abstreifbaren, teilweise festhaftenden Belag. Im Fundus sind davon grössere Massen. In der Uteruswand finden sich Hohlräume, die mit jauchiger Masse angefüllt sind. Die Hohlräume sind sehr zahlreich in der Gegend der Placentarstelle, wo die Venen thrombosirt sind. Uteruswand sonst schlaff, trübgrau-rot. An einzelnen Stellen sind die Hohlräume zu förmlichen, erbsengrossen Cavernen erweitert, die mit einer schmutzig-gelblichen Wand ausgekleidet sind. Entsprechend der erwähnten markstückgrossen Stelle in der Rückwand des Uterus zeigt sich eine in die Tiefe gehende schmutzige Verfärbung des Gewebes, das im allgemeinen ziemlich fest ist, jedoch an einzelnen Stellen auf Druck eitrige Pfröpfe und etwas nekrotische Massen austreten lässt. Unterhalb dieser Stelle befinden sich die erwähnten Cavernen.

Epikrise: Diese Form ist entschieden als eine Mischform der Metrolymphangitis und Thrombophlebitis aufzufassen. Denn während in dem Sectionsprotocoll ohne Zweifel die lymphatische Form vorherrscht, dominirt hingegen in der Krankengeschichte bedeutend das Bild der Pyämie mit ihren metastatischen Erscheinungen: die häufigen (10) Schüttelfröste, Abscessmetastasen in den Vorderarmen, das Fehlen der peritonitischen Erscheinungen und das mehr remittirende als continuirliche Fieber. — Am Morgen des 7. Tages trat allem Anscheine nach eine starke Pseudokrisis ein, nach welcher das Fieber aber bald wieder stieg.

7. 1893 No. 630a. Ottilie W., 33 Jahre alt, wurde am 12. September abends in die Klinik gebracht. Seitdem liegt sie somnolent da. Sie soll seit ihrer Entbindung draussen gefiebert haben,

es wären vor einigen Tagen auch Schüttelfröste aufgetreten, jedoch sei sie stets bei Besinnung gewesen.

13. September. Nach immer somnolent. Urin mit Katheter entleert, ist dunkelbraun, eiweishaltig. Aufnahme von Flüssigkeiten sehr schwer. M. T. 39,1. P. 128. A. T. 39,5. P. 124.

14. September. Somnolenz. Unfreiwilliger Stuhlabgang. Pat. scheint bei jeder Bewegung Schmerzen zu empfinden. M. T. 39,2. P. 116. A. T. 40,2. P. 148.

15. September. Nachdem in der Nacht der Puls kaum noch zu fühlen und bis zu einer Frequenz von 160 gestiegen war, tritt nun 4^{15} A. m. Exitus letalis ein.

Section ergiebt Sepsis XII dies post partum. Infectiöser Milztumor. Trübe Schwellung von Leber und Nieren. Hyperämie beider Lungen. Cavum uteri mit schmierigem, fetzigem Belag versehen, stellenweise innig adhaerente Gewebsfetzen. Im fundus uteri sind die Auflagerungen $^1/_2$ cm dick, missfarbig, an einzelnen Stellen himbeerförmig gelappt. Venen der Parametrien ohne besonderen Befund.

8. 1894. Nr. 510. Therese H. 30 Jahre, II p., wird mit Fieber in die Klinik gebracht.

Erste Schwangerschaft etc. normal.

Während der letzten Schwangerschaft bestanden häufig Schmerzen im Abdomen und Kreuz.

Am 29. Juni. Abends erfolgte die spontane Geburt eines nicht ausgetragenen, toten Knaben. Die Hebamme versuchte erfolglos nach 2 St. die Placenta zu exprimiren. Ein erneuter Versuch am Morgen misslingt. Darauf zerrt sie an der Nabelschnur, bis diese abreisst. Die Hebamme giebt der Pat. dann eine Ausspülung und lässt dieselbe ohne weitere Hülfe bis zum nächsten Morgen daliegen, bis ein herbeigerufener Arzt nach einer Untersuchung die sofortige Ueberführung in die Klinik anordnet.

Bei der Aufnahme um 3h p. m. ist die stark fiebernde Pat. bei Bewusstsein. Die Haut zeigt bes. im Bereich des Gesichtes, Abdomens, Rückens und der oberen Extremitäten, weniger auf der Brust und den unteren Extremitäten eine teils in grösseren, teils in kleineren Flecken zu Tage tretende blaurote Verfärbung, zwischen der die übrige Haut icterisch verfärbt ist, so dass dadurch die Haut ein gesprenkeltes Aussehen erhält. An den von der blauroten Verfärbung freigebliebenen Hautstellen und den Sclera zeigt sich ausgeprägter Icterus. T. 39,7. P. 152. Resp. 58.

Um 4^{30} p. m. fing Pat. an, unruhig zu werden, delirirte,

machte Versuche aus dem Bette zu springen, verlangte nach Hause, bis sie gegen 5 h das Bewustsein völlig verlor. Es stellten sich Convulsionen ein, beiderseitiger Nystagmus, bei fast extremer Erweiterung der Pupillen, die anfangs noch auf Lichteinfall reagiren. T. 39,4. Puls kaum fühlbar, nicht zu zählen. Resp. 56. Erbrechen einer geringen Menge von Schleim und Wasser.

5^{40} p. m. Die Convulsionen werden häufiger. Die Pupillen erweitern sich ad maximum. Unter rasch auf einander folgenden, den ganzen Körper blitzartig durchfahrenden Zuckungen erfolgt um 5^{55} p. m. der Exitus let.

Ein Versuch, die Blase mit dem Katheter zu entleeren, scheiterte daran, dass sich demselben beim Einführen in einer Höhe von etwa 10—12 cm ein nicht zu überwindender Widerstand entgegensetzte.

Section ergiebt eine putrive Intoxication, ausgehend von einem totfaulem Kinde. Ein retroperitoneales Hämatom am rechten Ovarium, r. Tube, im Lig. latum und dem Bindegewebe längs des Psoas bis zur r. Niere herauf. Hämorrhog. Infiltrat der Cervix. Leichter Icterus der Leber, allgemeiner Icterus. Septisch-putride Enteritis. Vorgeschrittene Fäulnis. Venen des Uterus und dessen Umgebung zeigen nichts Besonderes.

Epikrise: Die Infection ist lediglich dem ganz unerhörten Verfahren der Hebamme zuzuschreiben. — Interessant ist das offenbar septische Exanthem.

Die Convulsionen zeigen das starke Ergriffensein des Gehirns bei der starken Streptokokkenintoxication an, ebenso die zeitweiligen starken Aufregungen und Delirien mit der darauffolgenden Bewusstlosigkeit und die Veränderungen an den Pupillen.

Einen Aufschluss über die Natur des Widerstandes, den man bei dem Kathetrisiren fand, hat die Section nicht gebracht.

9. 1895. Nr. 727. Rosa H. 22 Jahre, I p. Aufnahme am 1. Oktober 10h a. m. T. 36,8 I. Schädellage. 10^{45} a. m. spontane Geburt eines Knaben (46 : 2370). Placenta 15 M. p. p. spontan.

Puerperium: Befinden normal bis zum Nachmittage des 3. Tages, wo Fieber von 39,8°, Puls 124 auftrat.

4. Tag. Abdomen etwas aufgetrieben, sehr druckempfind-

lich. Auch beim Liegen grosse Schmerzen im Leib. Hüsteln und Aufstossen. Im Abdomen nirgends Dämpfung. In der Nacht bis früh um 7 h 7 Mal dünnflüssiger, hellgelber Stuhl.

M. T. 39,5. P. 120. A. T. 39,8. P. 132.

5. Tag. Pat. wird zusehends schlechter. Abdomen enorm druckempfindlich. Erbsenbreiartige, stark riechende Stühle (5 am 4. Tage, 1 in der Nacht). Kein Meteorismus.

Mittags 1 h Pat. klagt über Schmerzen in der l. Lungenspitze und der Lebergegend. Singultus, Erbrechen, Hüsteln. Dämpfung auf der Lunge r. h. u. (vergrösserte Leber?). Starker Meteorismus. Keine Roseolen. 3 Mal Erbrechen gelblicher, stark säuerlich riechender Massen. Stark fäculent riechende, bräunliche Diarrhoeen.

Puls Abends 150, wird in der Nacht so frequent, dass er nicht mehr zu zählen ist. In der Nacht phantasirt Pat. stark. M. T. 39,3. P. 160. A. T. 39,8. P. 150.

6. Tag. 4½ h a. m. Exitus letalis.

Section: Im Abdomen ½ L. einer dünnflüssigen, trüben, flockigen, eitrigen Flüssigkeit. Gedärme stark aufgetrieben. Darmserosa mit trüben, eitrigen Massen bedeckt, nach deren Abstreifen getrübt. Im Herzbeutel und den Pleurahöhlen etwas hämorrhagische Flüssigkeit. Lungen sind ödematös und zeigen die Anzeichen der Hypostase. Endocard blutig imbibirt. Darmfollikel geschwellt. Die rechte Niere in gehöriger Lage, unter ihr, am hinteren Pole die fehlende linke Niere. Von der r. Uretermündung gelangt man in den Ureter der oben gelegenen, rechten Niere, von der l. Mündung in den Ureter der unteren. L. Niere platt gedrückt, klein. Von der Kapsel gehen starke Gefässe in die Nierensubstanz. Nierenbecken stark erweitert. In der Rinde beider Nieren zahlreiche gelbe Flecke. Markkegel blass.

Gewebe zwischen Uterus und Blase von purulentem Oedem durchsetzt. Portio mit Fibrinauflagerungen; nach deren Abstreifen geschwürige Stellen sichtbar. Uterusschnittfläche blaurot. Wand mit jauchigem Belag. Placentarstelle mit zahlreichen Thromben. An der übrigen (?) Wand ein fibrinöser Belag. In der Gegend des Plexus uterinus die Gefässe mit flüssigem Blut erfüllt. Bd. Ovarien stark serös durchtränkt.

In der l. Temperalgegend zeigt die Dura knochige Einlagerungen. Die Hirngefässe, bes. an der Basis stark gefüllt dünnwandig.

Anatomische Diagnose: Jauchige Endometritis. Eitrig-seröse Parametritis. Eitrige Peritonitis. Cor adiposum. Lungen-

ödem mit Hypostase. Verlagerung der l. Niere nach rechts. Ossific. Pachymeningitis.

Wie man aus der Bemerkung in der Krankengeschichte „keine Roseolen" ersieht, hat man damals mit vollem Recht den Verdacht auf eine Erkrankung an Abdominaltyphus gehabt. Die Krankheit bietet aber auch ziemlich frappant das Bild eines solchen, zumal in dem raschen und häufigen Auftreten und in der Beschaffenheit der diarrhoischen Stühle. Die Section ergab aber Sepsis, die hier ziemlich gewaltsam auftrat und schnell zum Tode führte. Auf die andern sehr interessanten Befunde in der Section, die Verlagerung der l. Niere und der Ossification der Dura näher einzugehen, gehört nicht in den Rahmen der vorliegenden Arbeit. Es sei nur hierdurch besonders auf die Befunde aufmerksam gemacht.

10. 1897 Nr. 48. Anastasia J. 30 Jahre, VI p. Aufnahme am 13. Januar 8^{30} p. m.

Frühere Geburten etc. normal. II. Schädellage, X. Monat.

Am 29. wird wegen hohen Kopfstandes die Wendung mit Extraction vorgenommen. Asphyktischer Knabe 49 : 28^{20}, wird zwar zum Leben gebracht, stirbt aber 12 Tage darauf. Placenta 20 Min. p. p. spontan. Uterus gut contrahirt.

Puerperium: Die ersten 4 Tage über ist das Befinden der Puerp. normal. Am Abend des 5. Tages tritt plötzlich ein $^1/_4$ st. Schüttelfrost auf. T. 40,8. P. 132., der sich bald wiederholt. Heftiges Erbrechen. Während der Nacht continuirliches Fieber von 39,4° mit heftigen Kopfschmerzen. Puls beschleunigt, weich. Starker Meteorismus. R. Parametrium schmerzempfindlich, ohne Resistenz. Im Urin etwas Eiweiss.

M. T. (des 6 Tages) 39,5. P. 108. A. T. 40,5. P. 116.

7. Tag. Starker Meteorismus, ohne Druckempfindlichkeit des Abdomens. Milz vergrössert und palpabel. Ueber der rechten Kniescheibe eine linsengrosse, gerötete Stelle, die auf Druck abblasst. Auch auf der Hinterseite des l. Oberschenkels nach der Kniebeuge zu eine 10 cm lange, sehr druckempfindliche Stelle, wo das Gewebe verdickt erscheint, in unregelmässiger Rötung fleckenförmig. Im Abdomen durch Lagewechsel freie Flüssigkeit nachweisbar. Erbrem-

grosses Geschwür an der h. Commissur, Ränder nicht gerötet, Umgebung nicht geschwellt. Muttermundslippen stark gerötet und gewulstet, mit zahlreichen Cystchen. Kein susspecter Ausfluss (leichte Endometritis). M. T. 39,9. P. 120, Mittags T. 38,5. A. T. 39,3 P. 84.

8. Tag. Subjectives Wohlbefinden, sonst status idem. M. T. 39,1. P. 108, um 5h p. m. T. 40,0° A. T. 39,3. P. 108.

9. Tag. In der Nacht 2 Mal Erbrechen. Abdomen in den unteren Partien etwas druckempfindlich. An den gerötcten Partien der Oberschenkel scheint es zur Abscedirung zu kommen. M. T. 38,0, P. 100. A. T. 39,6. P. 96.

10. Tag. Am Os sacrum beginnender Decubitus. Am Nachmittag T. 40,1. Starke Schmerzen im Abdomen, bes. im r. Parametrium. Starke Diarrhoeen. Puls aussetzend, 116. M. T. 39,4. P. 96. A. T. 39,5. P. 116.

11. Tag. Schmerzen und Diarrhoeen, in der Nacht etwas besser geworden, nehmen wieder zu. Erbrechen. Pat. fühlt sich elend. Puls klein, 120—126. Zunge trocken, etwas belegt. Auf den Lungenwurzeln, bes. r. feuchtes Rasseln. Schall nicht ganz sonor. Leib bretthart, stark meteoristisch, sehr empfindlich. Am r. Oberarm, an der Aussenseite eine 5 M-stückgrosse, gerötete, nicht empfindliche Stelle. M. T. 38,9. A. T. 39,5. P. 144.

12. Tag. Zunehmender Verfall. Erbrechen jeden Schluckes Weines. Respiration zeitweise stark beschleunigt. Urin zeigt beträchtlichen Eiweissgehalt und zahlreiche hyaline Cylinder.

7^{45} p. m. Exitus letalis.

Section: Abdomen aufgetrieben. Aus dem Abdomen etwas schmutzig gelblich-grüne, eitrige Flüssigkeit. Grosses Netz mit Eitermassen bedeckt, welche sich zwischen den aufgeblähten Darmschlingen befinden. Im kleinen Becken $^3/_4$ L. der erw. Flüssigkeit. Am vorderen Teil der r. Patella in den Weichteilen ein pflaumengrosser Eiterheerd mit schmutzig-grünlichem Eiter. Umgebung ziemlich stark gerötet. Kniegelenk frei. Auf der Hinterseite des l. Oberschenkels blass livide Verfärbung der Haut; aus den subcutanen Gewebe entleert sich wie aus dem intermuskulären ein rahmiger, gelb-grünlicher Eiter. Stellenweise der Eiter in strangförmigen Hohlräunen, den Venenstämmen entsprechend. Am r. Oberarm, unterhalb der Mitte, nahe den Muskeln im Fettgegewebe einzelne Eiterheerde. In den Bronchien bd. Lungen schleimigblutiger Inhalt. Intima der Gefässe schmutzig-bräunlich imbibirt. Milz um $^1/_3$ vergrössert, Capsel getrübt. Leber schlaff, welk, leicht cetirisch. Aussen vom l. Ureter ein rosenkranzartiger Strang

von erweiterten, mit Eiter gefüllten Lymphsträngen. In der nächsten Umgebung des Beckeneinganges bis zum Nierenhylus ein Netzwerk von eitergefüllten Lymphbahnen. Vena sperm. sin. stark erweitert, mit sparsamen, lockeren Blutgerinnseln. Vena sperm. dext. ohne pathol. Inhalt, collabirt. R. Ureter bis zum Umfang eines Daumens dilatirt. Kapsel der l. Niere stellenweise etwas adhaerent, Oberfläche glatt, Parenchym blutarm. Rinde etwas verwaschen, trübgrau. R. Nierenbecken erweitert.

Uterus stark vergrössert, mit samtartig getrübter Serosa. In der Uterushöhle sanguinolente, schmutzig-bräunliche Flüssigkeit. Schleimhaut und Submucosa an der Placentarstelle nicht verändert. Am Introitus an der h. Commissur ein erbsengrosser Substanzverlust. Am Ansatz der breiten Mutterbänder die subserösen Teile wohl geschwellt, aber nicht mit Eiter imbibirt. Beim Einschneiden dicht an der Cervix, links zml. stark eitrige Heerde in erweiterten Lymphgefässen sitzend. Auch rechts einzelne Eiterheerde, das umgebende Gewebe trüb serös infiltrirt.

Anatomische Diagnose: Puerperale, eitrige Peritonitis, ausgehend von eitriger Metrolymphangitis. Multiple eitrige Metastasen im Oberschenkel, r. praepatellarer Gegend und r. Oberarm.

11. 1892 Nr. 691. Rosa H. 21 Jahre, I p. Aufnahme am 24. September.

Dauer der Geburt 9 St. 40 Min. I. Schädellage. Ueberdrehung bei der Geburt. Lebendes Mädchen (50:3400). T. 37,1. P. 76.

Puerperium: 1.—5. Tag. Puerperium normal. Am Abend des 4. Tages leichtes Fieber. T. 38,8°. Pat. klagt über Stechen auf der l. Brust; objectiv nichts nachweisbar. M. T. (5. Tag) 38,8. P. 104. A. T. 39,6. P. 96.

6. Tag. Schleimig-eitriger und bluthaltiger Auswurf. Nirgends im Abdomen und den Genitalien Druckempfindlichkeit.

7. Tag. Knisterrasseln an der l. Scapulaspitze. Oedem der kleinen Labien. Katheter. T. 38,3. P. 100.

13. Tag. Auf der Lunge nichts mehr nachweisbar. Uterus in der Mittellinie etwas druckempfindlich. Labien ödematös. Urin spontan. T. 39,3. P. 93.

15. Tag. In der Nacht Erbrechen. Diarrhoeen. M. T. 37,3. P. 66. A. T. 39,6. P. 84.

17. Tag. Uterus nicht mehr schmerzhaft. Labien sehen gut aus. Stuhl und Urin in Ordnung. A. T. 39,6. P. 93.

18—20. Pat. etwas schwach, aber sich wohl fühlend. Ausser Fieber, 38,8° nichts Abnormes zu finden.

21. Tag. Uterus 2 Finger über der Symphyse. Bauch gespannt, druckempfindlich. Diarrhoeen. Aeussere Genitalien etwas ödematös. A. T. 38,2. P. 90.

22.—26. Tag. Abdomen gespannt, druckempfindlich. Lochien 2 Tage lang weniger, etwas übelriechend. Pat. fühlt sich schwach Temp. nur einmal über 38,0 (38,3°). Während der nächsten Tage steigt die Temperatur bis 39,9°. Puls 112. Lochien verschwinden fast. Abdomen bleibt gespannt und schmerzhaft. In den Parametrien lässt sich nichts nachweisen.

32. Tag. Schüttelfrost. T. 38,5. P. 104.

33.—35. Tag. Befinden gut. Appetit. Abdomen nicht mehr so gespannt und druckempfindlich. T. 38,0°—38,3°.

36. Tag. Geringe Lochia foetida, am 37. Tag einmaliges Erbrechen. T. 37,1°—38,9°.

40. Tag. Seit 3 Tagen Obstipation. Schmerzhafter Tumor im r. Parametrium. T. 37,5.

41. Tag. Morgens Sinken der Temperatur auf 36,2°.

42. Tag. Genauere Untersuchung ergiebt: Herz ohne wesentlichen Befund. Starke Dämpfung über der ganzen h. l. Lunge und der r. Lunge vorn. Auf beiden Seiten schwaches Rasseln, l. h. abgeschwächtes Atmen. Leber bis zum Nabel vergrössert. Leberdämpfung geht r. in die eines sehr druckempfindlichen Exsudates über, das sich handtellergross aus dem r. Parametrium heraus erstreckt und deutlich durchzufühlen ist. Im l. Parametrium kein Exsudat. Pat. ist schwach, sehr zum Schlaf geneigt und klagt über Schmerzen im Abdomen. T. 38,3. P. 90.

43. Tag. 4h Morgens. Pat. unruhig, spricht wirre Worte. Zeitweise krampfartige Zuckungen im Gesicht und den Extremitäten. Respiration erschwert. Unfreiwilliger Stuhlabgang. Zustand bis $5^1/_2$h a. m. unverändert. Dann stärkeres Erbrechen. Pat. wird plötzlich kühl und cyanotisch. Cyanose weicht auf warmes Bad mit kalten Uebergiessungen, Aether und Kampferinjectionen. Atmung stossweise, mit etwas trachealem Rassseln. Puls kräftig, voll, 90. T. 38,0.

Um $^1/_2$9h a. m. Temp. 35,9. P. 56. Kampfer. $^1/_2$10h Puls klein 120. Cyanose. $^3/_4$10h a. m. Exitus letalis.

Section ergiebt Puerperale Pelvioperitonitis, von eitriger Salpingitis ausgehend. Abgesacktes Exsudat im Douglas und am Scheitel der Blase. Verwachsungen sämtlicher Beckenorgane. Durchbruch eines Eiterheerdes in die Blase. Hochgradige Anämie. Septischer Milztumor. Trübe Schwellung der Leber. Hochgradige Anämie des Gehirns und Gehirnödem. Bronchitis.

12. 1893 Nr. 738. Therese K. 26 Jahre, I. p. Aufnahme am 21. Oktober 4^{15} p. m.

Schieflage II. a. Kindliche Herztöne und Nabelschnurgeräusch sind nicht zu hören.

7^{5} p. m. spontane Geburt eines nicht ausgetragenen (VII. Mon.) Mädchens, im III. Grade macerirt, conduplicato corpore. Placenta muss durch Eingehen von 2 Fingern in den Muttermund losgelöst werden. Man glaubt die Placenta vollständig entfernt, jedoch Eihautreste zurückgelassen zu haben. T. 37,0.

Puerperium. Am 2. Tage ist Pat. etwas benommen, schläft viel, Abdomen, das schon gestern etwas schmerzempfindlich war, ist stark empfindlich, bes. in in den Parametrien. Fundus deshalb nicht abtastbar. M. T. 37,6. P. 103. A. T. 39,3. P. 115.

4. Tag. Pat. klagt über Kopfschmerzen, Ohrensausen und Schlaflosigkeit. Abdomen vorgewölbt, druckempfindlich. Bauchdecken gespannt. Fundus uteri 2 Finger breit unterhalb des Nabels, schmerzhaft, schlecht contrahirt. Parametrien auf Druck empfindlich. Lochia foetida. Harndrang. Schüttelfrost. M. T. 37,8. P. 108. A. T. 39,0. P. 108.

5. Tag. Status idem, aber kein Schüttelfrost. Bei der Ausspülung kommen einige Gewebsfetzen mit heraus. 2 Mal Erbrechen M. T. 37,4. P. 100. A. T. 39,6. P. 128.

6. Tag. Status idem. M. T. 38,9. P. 124. A. T. 39,1. P. 124.

7. Tag. „ „ M. T. 38,7. P. 120. A. T. 40,5. P. 140. Schüttelfrost.

8. Tag. Die Schmerzhaftigkeit ist stärker geworden. 2 Schüttelfröste, der erste von 15 Min. Dauer T. 39,1. Mehrmaliges Erbrechen. Puls klein, fliegend, unregelmässig, zeitweise nicht fühlbar. An allen Tagen war Harnandrang, jedoch musste stets kathetrisirt werden. Milzdämpfung vergrössert. Milzgegend schmerzhaft. M. T. 37,6. P. 124. A. T. 38,4. P. 134.

9. Tag. 6^{45} a. m. Exitus letalis.

Section ergiebt: Sepsis puerperalis. Eitrige Salpingitis. Purulente Tubovarialcyste rechts. Ausgedehnte eitrig-fibrinöse Peritonitis. Septischer Milztumor. Lungenödem. Beginnende hypostatische Pneumonie des r. Unterlappens. Placentarreste im Uterus. Im Abdomen befindet sich eine zml. Menge eitriger Flüssigkeit. Die Abdominalorgane sind mit fibrinösen Auflagerungen versehen und teilweise mit einander verklebt. Cavum uteri mit schmierigen Massen erfüllt. Im Fundus ein pflaumengrosser Körper, in dessen Umgebung sich fetzige Massen befinden. Die uterinen Gefässe ohne bes. Befund. R. Ovarium vergrössert, lässt beim Einschneiden eine be-

trächtliche Menge eitriger Flüssigkeit herausfliessen. In der r. Tube schmierig-eitrige Flüssigkeit.

13. 1892. Nr. 65. Margarethe Sp. 29 Jahre, II p. wird am 26. Januar aufgenommen.

Wehen schon seit dem 24. Januar, wo auch die Blase sprang. Vor ihrer Aufnahme wurde sie am 23. und 25. Januar 5 Mal von den Hebammen und 3 Mal von einem Arzte untersucht.

Part. war als Kind rhachitisch, wurde vor 2 Jahren in hiesiger Klinik wegen engen Beckens (Dist. spin. 23, crist. 27,5, Conj. ext. 18. diag. — schräge Drchm. 21 und 21,5 Beckenumfang 94) mittels unter grossen Schwierigkeiten ausgeführter Perforation künstlich entbunden.

Bei der inneren Untersuchung fand man, nach späterer Bloslegung der Portio mit dem Spiegel, das Orificium externum durch 2 Spangen, die von der vorderen Muttermundslippe zur hintern zogen, derartig geteilt, dass 3 Oeffnungen entstanden, eine mittlere grössere und zwei seitliche kleinere. Ausserdem ragt von der vorderen Lippe ein etwa kleinfingerdicker, ödematös geschwellter Zapfen in die mittlere Oeffnung hinein, so dass diese hierdurch sehr verengt ist. Der breitere l. Strang wird nun nach doppelter Unterbindung, der r. ohne dieselbe durchtrennt. Die Scheide wurde vor und nach der Operation mit Lysollösung ausgespült. $3^1/_2$ Stunden später wird wegen des engen Beckens und des grossen Kopfes die Wendung und nach erfolglosen Extractionsversuchen die Perforation des nachfolgenden Kopfes mit daranschliessender Kranioklasie ausgeführt. Blutung nach der Operation gering. Nachgeburt 2 St. p. p. durch Credé entfernt. Eisblase auf das Abdomen.

Puerperium. Pat. ist sehr schwach. Urin in geringer Menge durch Katheter. Im Urin rote und weisse Blutkörperchen und Cylinder mit anhaftenden roten Blutkörperchen in geringer Menge. Starker Meteorismus. Abdomen überall, bes. in der l. Seite sehr schmerzhaft. Aeussere Genitalien geschwellt. In der Vulva kleine seitliche Einrisse mit kleinen, nekrotisirenden Schleimhautfetzen. Geringer Icterus. M. T. 37,6. P. 84. A. T. 38,2. P. 120.

2. Tag. Katheter. Pat. klagt, dass Urin aus der Scheide abgeschieden würde. Die Unterlage zeigt deutlich grössere Mengen von Urin. Eine genauere Untersuchung ergiebt normale Befunde an Lungen, Herz, Leber und Milz. Abdomen stark aufgetrieben und schmerzhaft. Man sieht und fühlt die einzelnen Darmschlingen durch die Bauchdecken hindurch. In Seitenlage lässt sich keine Dämpfung

in den tiefer gelegenen Teilen nachweisen. Uterus in Nabelhöhe, nach l. verlagert. R. von der Mittellinie ist eine Reihe von faustgrossen Erhabenheiten zu fühlen (intraperitoneale Blutergüsse?). Zeitweise Singultus und häufiges Erbrechen. Flatus gehen ab, ebenso Harn beim Erbrechen. Urin von der gestrigen Beschaffenheit. Das Erbrochene ist grün gefärbt. M. T. 37,7. P. 96. A. T. 37,6. P. 96.

3. Tag. Auf Morphiumeinspritzung gut geschlafen. Nachts kein Erbrechen, dagegen wieder Morgens, wird durch Morph. verringert. Starker Meteorismus. Exsudat nicht nachweisbar. Katheter. M. T. 37,7. P. 96.

4. u. 5. Tag. Erbrechen dauert fort, wird aber durch Morph. verringert. Pat. fühlt sich sehr matt, klagt über Durst.

6. Tag. Pat. fühlt sich besser. Schmerzen im Abdomen lassen nach. Meteorismus. Erbrechen. Katheter. Urin (250 gr) trüb.

7. Tag. Befinden schlechter. Mattigkeit. Häufiges Erbrechen. Starker Durst. Klagen über Hitze im Leib. Starker Meteorismus. Katheter. 3 Mal Morph. 1 Mal Atropin. Terpentineinläufe.

8. Tag. Herpes labialis. 3 Mal Katheter.

9. Tag. Pat. sehr teilnahmlos. Conjunctivitis im l. Auge. Erbrechen und Dämpfung im Abdomen etwas nachgelassen. Puls klein, regelmässig. Auf Terpentineinlauf Stuhlgang.

10. Tag. Zustand unverändert. Erbrechen häufiger. Ausfluss. sehr übelriechend. Um 4h p. m. Bewustlosigkeit.

5^{10} p. m. Exitus letalis.

Section: Abdomen vorgewölbt. An den Genitalien trübe Flüssigkeit. Im kl. Becken etwas leicht getrübte Flüssigkeit. An einzelnen Stellen am Beckeneingang membranöser Belag, ebenso am Mesenterium und an einzelnen Teilen des Dünndarms abziehbare Membranen. Bd.seits am Eingang in das kl. Becken Blutextravasate.

Bei Fortnahme des Rectums und der Flexur entleert sich gelbgrünlicher Eiter. Uterus mit dem Becken durch schmutzig-grün verfärbte Massen verklebt. Serosa des Uterus und der h. Beckenwand imbibirt. Bei Druck entweichen Luftblasen. Hinter dem Rectum eitriger Belag. Am Coecum weisse, verdickte Stelle ohne Belag.

R. Niere bedeutend vergrössert. An der Oberfläche linsengrosse, reichliche Verfärbungen. Nierenbecken erweitert. In Mark und Rinde reichliche Eiterheerde. Im Mark weissliche, nicht prominente Streifen. Mark blutig imbibirt, dunkler als Rinde. L. Niere normal. An der l. Seite des Beckens und der Blase 1 Esslöffel eitriger Flüssigkeit. Im Scheideneingang an einzelnen Stellen leicht abziehbarer Belag, an der Vorder- und Rückwand unregelmässige mit scharfen Rändern versehene Geschwüre, z. T. mit graugelbem,

festen Belag, z. T. frei. Schleimhaut der Urethra und Blase gerötet glatt. $1^1/_2$ cm oberhalb des Orif. urethrae kleine Erosionen, mit blassen Grund. Schleimhaut der Vagina schiefrig verfärbt, ohne Belag. Portio aufgelockert, l. mit Narbe versehen. Uterus faustgross, Serosa bes. im Douglas mit schmutzigem Belag, trüb. In der Uterushöhle dünnflüssige, bräunliche Massen. L. oben in der Cervix eine Perforation in den Douglas, für eine Sonde durchgängig, mit etwas eitrigem Belag. An der r. Seite des Uterus fibröse Spangen. Douglas infiltrirt, mit eitrigen Massen bedeckt. Das Gewebe des l. Parametriums blutig imbibirt. In den Gefässen flüssiges Blut. Zwischen Vagina und Rectum deutlich eitrige Infiltration. Im r. Parametrium derselbe Inhalt. Wand des Uterus derb. Gefässe dickwandig. Am r. Ovarium, weniger am l. eitriger Belag. Conj. 9 cm.

Anatomische Diagnose. Perforation des Uterus. Diphter. Endometritis und Vaginitis. Eitrige Parametritis bds. Eitrige Perimetritis. Localisirte Peritonitis. Eitrige, heerdförmige Nephritis der r. Seite.

Epikrise: Die Spangen im Muttermund rühren wahrscheinlich von der ersten künstlichen Geburt her und stellen einen nur unvollkommenen Grad von Atresia uteri arteficialis dar. Die Perforation scheint von einer Drucknekrose herzurühren, die durch die mehrmaligen Extractionsversuche bei dem engen Becken gesetzt worden ist.

Die nun folgenden Fälle sind die 3 Formen von Thrombophlebitis.

1. 1891. Nr. 998. Rosina M. 22. I p. sehr rhachitisch: 116 cm gross, Oberarmknochen sehr kurz und nach vorn gekrümmt, Oberschenkel und besonders stark die Unterschenkel convex. Die Unterschenkel bilden einen starken Bogen. Die Schienbeine sind säbelförmig zugespitzt. Scoliose der Brustwirbelsäule nach links, sehr starke Lordose und geringe Scoliose der Lendenwirbelsäule nach rechts. Rhachitischer Rosenkranz am Sternum. Dist. sp. $23^1/_2$ crist. 22. Cjt $16^1/_2$. diag. S. l. schräger Drchm. $19^1{}_2$, r. schräger 21 cm. An der hinteren Beckenwand fühlt man beim Touchiren eine Hervorragung von sehr derber Consistenz und ziemlicher Grösse, die den Eindruck einer Exostose macht. Colpitis papillaris.

Am 12. Oct. wird durch Bougie und heisse Ausspülung ver-

gebens die künstliche Frühgeburt am Anfang der 31. Woche einzuleiten versucht. Pat. erklärt sich mit der Sectio caesarea einverstanden, da die vorigen Operationen ihr zu schmerzhaft seien und sie auch ein lebendes Kind wünsche. Dieselbe wird am 14. Dezember vorgenommen, ohne dass Pat. bisher Wehen hatte. Lebender Knabe (52:3650) in I. Schädellage. Puls anfangs 120 und klein, hebt sich und zählt 100. T. 37,0°. Pat. fühlt sich leidlich wohl, aber schwach.

Puerperium: Pat. wird kathetrisirt. Am 2. Tage Abends T. 38,5. P. 100.

3. Tag. Schlechter Schlaf. Urin spontan. Lochien reichlich und übelriechend. Abdomen nicht gespannt und schmerzhaft. M. T. 38,7. P. 108. A. T. 38,3. P. 108.

4. Tag. Befinden besser, Lochien nicht mehr riechend. Gegend des Afters und der h. Teil der grossen Labien ödematös geschwellt. M. T. 37,1. P. 88. A. T. 37,1. P. 84.

8. Tag. Verbandwechsel. Wunde reactionslos geheilt. Vom 4. bis 8. Tage Temperatur nie über 38,1°, meist 37,5°.

12. Tag. Schwellung beider Füsse. Abends T. 39,6° sinkt gegen Morgen wieder auf 37,8° und bleibt bis zum Abend des 16. Tages unter 38,2°. Am 14. Tage Verbandwechsel. Die unteren Stiche zeigen geringe Rötung der Umgebung und feine Eiterung im Stichkanal. Am Orif. urethrae ein circuläres Ulcus. In der Nacht des 16. Tages auf 17. Erbrechen. T. 40,2. P. 108. Resp. 48. Pat. ist sehr elend. Leib stark aufgetrieben und sehr schmerzhaft.

17. Tag. Ulcus geheilt. Befinden besser. Im Urin zahlreiche Eiterkörperchen. M. T. 38. P. 100. A. T. 39,8. P. 100.

18. Tag. Schmerzen in der Brust. A. T. 40,0. P. 108.

19. Tag. M. T. 38,3. P. 90. A. T. 38,2. P. 92.

20. Tag. Verband wird abgenommen und Binde angelegt. M. T. 39,6. P. 104. A. T. 39,6. P. 100.

Die nächsten 3 Tage über continuirliches Fieber von 39,8°. Noch immer viele Eiterkörperchen im Urin, daher Fortsetzung der Blasenspülung. Das continuirliche Fieber hält weitere 8 Tage an, erreicht aber 40,3°. Es entleert sich aus der Vagina Eiter. Einmal eine eintägige Blutung. In den nächsten 6 Tagen sinkt das Fieber allmählich auf 37,2°. Blasenausspülung.

32. Tag. Pat. klagt über Husten und Stechen auf der Brust. Untersuchung ergiebt feuchte Rasselgeräusche (hypostatische Pneumonie?). Pat. wird aufrecht in ein Kinderbett gesetzt und mit Kissen gestützt. T. 37,2. P. 99.

Hier bricht die Krankengeschichte ab. Der Tod erfolgt am 15. Januar 1892.

Section: Abdomen stark vorgewölbt. Bauchwunde vollkommen vernarbt. Lungenödem und Compressionsatelektase des l. Unterlappens. In der Magenschleimhaut, bes. am Fundus viele Hypostasen, sonst wie die ganze Darmschleimhaut und Darmserosa blass. Leber vielfach mit Umgebung, darunter auch mit dem Zwergfell verwachsen. Kapsel fibrös verdickt. Schnittfläche anämisch. In bd. Ureteren eitriger Inhalt. R. Niere vergrössert. An bd. Nieren fluctuirende linsengrosse Stellen mit Inhalt von braunroter Farbe, hämorrhagisch. Niere weich, ödematös. Schnittfläche an einzelnen Stellen fleckig, gelblich verfärbt. Rinde undeutlich abgegrenzt: in ihr rote, mit Eiter gefüllte, über erbsengrosse Heerde, einzelne auch in der Marksubstanz, nicht in den Papillen. Schleimhaut des Nierenbeckens fleckig gerötet.

Uterus rechts oben adhaerent. L. Ovarium mit Tube durch oberflächliche Spangen adhaerent. Aeussere Muttermund ectropionirt. Uterus nach rechts und vorn um seine Längsaxe gedreht. In der Cervix und im Uterus reichlich zäher, trüber Schleim. Uteruswunde mit erhaltenen Nähten zeigt vereinigte Ränder. Vorn ein über linsengrosser Schleimhautdefect, sonst ohne Reaction. R. von der Narbe ist der Uterus mit der Bauchwand adhaerent. An der r. Uteruskante, 2 cm unter dem Fundus ein Schleimhautdefect, mit nekrotischem Gewebe bedeckt. Im Beckenbindegewebe mehrere graurote und weisse Thromben. An der vorderen Uteruswand in einem ziemlich weiten Gefässe ein Thrombus von braunroter Farbe und der Dicke einer Sonde.

Anatomische Diagnose: Eitrige Thrombophlebitis von der Uterusnaht ausgehend (Sectio caesarea). Ulcera an der Innenfläche der Schleimhaut. Metastat. Abscesse in beiden Nieren. Lungenödem und Compressionsatelektase des l. Unterlappens. Beckenenge. Conj. 6,5 cm. Starke rhachitische Verkrümmung des Knochensystems.

Epikrise: Hier brach die Infection auffallend spät aus, erst am 14. Tage. Denn von da ab müssen wir wohl rechnen, wegen der Eiterung in den Stichkanälen der Bauchwunde, und nicht erst vom 16. an, an dem die Symptome der Intoxication, das Erbrechen und der Meteorismus auftraten.

2. 1895. Nr. 763. Wallburga K. 44 Jahre. VI p. Aufnahme am 2. Juli 1895.

Pat. war stets gesund. 1. 2. 3. und 5. Geburt durch Forceps beendet. Kind stets tot. 4. Geburt war Fusslage. Perforation des nachfolgenden Kopfes. Bei der 5. Geburt Dammriss II. Grades. Alle Wochenbetten bis auf das 4. gut, nach 8 Tagen wieder auf. Bei dem 4. 5 Wochen bettlägerig.

Beckenmasse: Dist. cr. 28,5., sp. 25. Cjt. ext. 19,5. Dist. tub. ischii $(7,5 + 1,5) = 9,0$. Leichter Hängebauch, II. Schädellage.

In der r. Inguinalfalte befindet sich eine wallnussgrosse, seit Beginn der Wehen (13. October) ödematöse, gestielt aufsitzende, papilläre Wucherung, welche am 14. October mit dem Thermocauter entfernt wird.

Innerer Befund: Scheide mässig weit. Muttermund nicht zu fühlen. Man kommt mit dem tastenden Finger in einen blindsackförmig endenden Kanal, an dessen hinterer Wand zwischen strahligen Narben eine weiche Stelle fühlbar ist. Beim Sondiren gelangt man hier durch eine für eine Uterussonde gerade durchgängige Oeffnung nach hinten oben. Kopf beweglich über dem Becken. Dammriss II. Grades. Bis hoch hinauf in die Vagina verlaufen derbe, strahlige Narbenstränge. Kindl. Herztöne und Nabelschnurgeräusch hörbar.

Am 15. October fliesst eine schleimig-eitrige Flüssigkeit in grösserer Menge aus der Scheide.

Am 16. October 8^{37} a. m. wird wegen der narbigen Atresie der Scheide behufs Rettung des Kindes (indirecte Indication) der Kaiserschnitt ausgeführt, nachdem vorher mit dem Finger die Verwachsungen der Scheide stumpf gelöst sind, wodurch eine etwa markstückgrosse Oeffnung bei mässiger Blutung entsteht. Vagina wird mit Jodoformgaze ausgefüllt. Beim Einschneiden des Uterus findet sich die Placenta an der vorderen Wand angeheftet. Trotzdem aber keine grosse Blutung. Der Uterus wird mit heissen Tüchern ausgestopft und durch Reiben in seiner Contraction unterstützt. Beim Herausziehen des Kopfes entleerte sich noch eine geringe Menge leicht grünlich gefärbten Fruchtwassers, von dem aber nichts in die Bauchhöhle kam. Dauer der Operation 45 Minuten. Das Kind ist auffallend stark, 4500 gr. schwer. Kopf sehr gross. Kind leicht aphyktisch, wird bald zum Schreien gebracht.

Würgen und Erbrechen tritt erst ein, als Pat. schon in das Bett zurückgebracht ist.

Puerperium: Der Puls, welcher gleich nach der Operation 112 Schläge zählte und gut zu fühlen war, wird gegen Mittag etwas arythmisch, sodass jeder 4. Schlag etwa aussetzt, ist aber Abends wieder regelmässig. Keine Uebelkeit und Erbrechen. Grosser

Durst. Starke Nachwehen, mit denen jedesmal etwas Blut ausgepresst wird. Aus der Operationswunde finden keine Nachblutungen statt. T. 38,0. P. 108.

2. Tag. Pat. hat nicht geschlafen, ist aber ruhig. Zunge feucht. Grosser Durst. Viel Aufstossen. Leichter Meteorismus, der gegen Abend etwas nachlässt, ohne dass Blähungen abgingen. Keine Druckempfindlichkeit. Leichte Nachwehen. Puls ist im Laufe des Tages mehrfach leicht irregulär und arythmisch. 2 Mal Erbrechen von wenig dunkelbraunen Massen. M. T. 37,1. P. 102. A. T. 37,1. P. 120.

3. Tag. Pat. schläft viel. Meteorismus und Aufstossen haben nachgelassen. Kein Erbrechen. Puls stets regelmässig. Urin bisher spontan entleert. M. T. 37,1. P. 126. A. T. 37,0. P. 124.

4. Tag. Status idem, aber häufiges Aufstossen. M. T. 36,9. P. 102. A. T. 37,3. P. 112.

5. Tag. Auf Ricinusöl und Einlauf erfolgt ein reichlicher Stuhl. Viel Winde gehen ab. Meteorismus geschwunden. Defäcation hat Pat. sehr angegriffen, daher wohl die hohe Pulszahl 126. Während Pat. schon in der letzten Nacht bisweilen aus dem Schlaf aufschrie und unruhig war, hat sich diese Aufregung im Laufe des Tages noch gesteigert. Puls frequent und weich. Husten und häufiger Stuhldrang. M. T. 36,6. P. 126. A. T. 37,8. P. 128.

6. Tag. Respiration beschleunigt. Zunge trocken, borkig. Grosser Durst, doch setzt Pat. wegen Dyspnoe häufig beim Trinken ab. Starke Druckempfindlichkeit des Uterus. Seit Fortlassen der Eisblase in den letzten 12 St. mässige Zunahme in der Spannung des Leibes. In der Nacht phantasirte Pat. Die spärlichen Lochien etwas übelriechend. Benommenheit dauert an. Mehrfache dunkelgrüne dünnflüssige Stühle. M. T. 37,7. P. 132. A. T. 36,8. P. 120.

7. Tag. Unruhe und Benommenheit. Puls zeitweise kaum zu fühlen, wird nach Kampfer etwas voller. Kein Stuhlgang mehr. Extremitäten kühl. Zunge borkig. Keine Nahrungsaufnahme. Trotz fortgesetzter Kampfereinspritzungen ist am Abend der Puls der Art. rad. nicht mehr zu fühlen. 7^3_4 p. m. m. Exitus letalis.

Section ergiebt Sepsis puerperalis, ausgehend von der Kaiserschnittwunde des Uterus an dessen vorderer Wandung. Beginnende diffuse eitrig-fibrinöse Peritonitis. Abdomen ist aufgetrieben. Schnittränder in der Bauchwunde reactionslos. Darmschlingen stark gasgefüllt. Peritoneum rosig injicirt und mit sehr geringen, schmierigen Massen bedeckt. Entsprechend der Schnittwunde in den Bauchdecken zeigt das Peritoneum einen teilweise frisch verklebten Längsschnitt mit etwas geröteten Rändern. Ein Teil der unteren

Dünndarmschlingen ist über dem kl. Becken mit der vorderen Uteruswand frisch verklebt. Uterus überragt 1 cm die Symphyse, kleinkindskopfgross, zeigt an seiner vorderen Wandung einen stellenweise ca. $^1/_2$ cm klaffenden Schnitt, dessen Ränder mit einer schmierigen missfarbigen Masse belegt sind. Douglas mit lockeren Cruormassen bedeckt. Vagina unten livid verfärbt, verengt sich nach oben trichterförmig, sodass man kaum mit der Spitze des Zeigefingers durchdringen kann. An der Grenze zwischen mittleren und oberen Drittel ist die Vagina durch fibröse Massen dachförmig abgeschlossen, in der Mitte die Oeffnung. Diese Querwand befindet sich ca. $3^1/_2$ cm unterhalb des Orific. ext. uteri. Uterusmuskulatur schlaff. Innenfläche bedeckt von fetzigen, missfarbenen, zottigen, grauroten Massen. An der vorderen Wand dicke Auflagerungen von Cruorgerinnseln, die den in das Cavum eindringenden Längsschnitt bedecken. Wandungen hier nur lose verklebt, durch Nähte zusammengehalten. An den klaffenden Stellen vermag der Finger leicht in das Innere zu dringen. Neben dem Schnitte an der vorderen Wand haselnussgrosse, zottige Auflagerungen. Etwa 7 cm oberhalb des Orif. ext. zeigt sich in einem grösseren Gefässe der Uteruswand rechts ein zum Teil grauroter, den feineren Gefässverzweigungen folgender, wenig adhaerenter Thrombus. Sonstige mehrfache thrombotische Einlagerungen. Thrombose der Art. iliaca dext. (ein loser grauroter Thrombus.) Oedem aller Lungenabschnitte. Mässige Adipositas cordis. Trübe Schwellung der Leber.

3. 1895 Nr. 834. Marie R. 35 Jahre, I p. Aufnahme am 4. November 1895.

Uterus gegen die Symphyse zu auffallend zugespitzt und vorgewölbt. Ueber der Symphyse eine auffallende Hervorragung nirgends aber Prominenzen (?). Oben, links von der Mittellinie ein etwa wallnussgrosses, halbkugelförmig hervorragendes Myom zu fühlen. Verfolgt man beim Touchiren die Linea innom., so kommt man r. vom Promontorium an einen länglichen, dem Knochen bald fester, bald loser aufsitzenden, gut fingerdicken Tumor, gegen welchen der Uterus nachweisbar verschieblich ist. Muttermund für 2 Finger durchgängig. Portio nach vorn, der Symphyse zugedrängt. II. Steisslage. Meconiumabgang. Das Kind lebt. Weil die kräftigen Wehen bald vollständig sistieren, wird Pat auf den Wochensaal verlegt, kommt aber am nächsten Nachmittag wieder mit der Angabe, sie habe Kopfschmerzen u. Nachmittags einen Schüttelfrost gehabt. T. 39,6. P. 120. Kindliche Herztöne sind nicht mehr zu

hören. Ueber den ganzen Uterus auffallend starker Shok der Aorta. Vordere Muttermundslippe ödematös geschwellt. In den nächsten Tagen ist die Temperatur Morgens meist 37,8°, um gegen Abend stets über 38,2° bis 40,1° zu steigen.

Am 9. November seit des Morgens ist über dem ganzen Uterus tympanitischer Schall. T. 38,4°.

In Narkose Herabholen des macerirten r. Fusses. Die Finger gleiten mehrmals wegen der Maceration ab. Die Extraction wird sofort daran angeschlossen, weil sich der Muttermund unter dem Herabholen fast vollständig erweitert hat. Der unförmig grosse Kopf (Hydrocephalus) muss durch starken Druck von oben und Zug nach unten entfernt werden; dabei Dammriss II. Grades. Bei allen diesen Manipulationen geht eine grosse Menge stark übelriechenden, bräunlich missfarbenen und mit Gasblasen vermischten Fruchtwassers ab. Bei Druck auf den Uterus entleeren sich öfters übelriechende Gase. Starke Nachblutungen. Placenta durch Crede entfernt.

Nach der Geburt hängen die Muttermundslippen fast bis zum Scheideneingang herab und zeigen blutige Einrisse. Diese werden, ebenso der Dammriss und ein vorderer bis zum Muttermund reichender medialer Schleimhautriss exact vernäht. Blutungen stehen vollkommen. Uterus gut contrahirt. Der erwähnte Tumor an der Linea innom. erweist sich als ein subseröses Myom. T. 37,2°.

Puerperium: In den ersten 3 Tagen Temp. normal. Starker Durst und Trockenheit im Munde. Abdomen leicht druckempfindlich. Lochien mittelstark, schmutzig-bräunlich, übelriechend. Dammwunde gut. Am Abend des 4. Tages Kopfschmerzen. T. 38,4°. Der seit gestern aufgetretene Husten und Auswurf ist etwas stärker geworden.

5. Tag. Leib tympanitisch, druckempfindlich. Husten hat etwas nachgelassen. Trockenheit im Munde. Dammnähte werden entfernt. Wunde klafft vollständig und ist mit Eiter überzogen. In der Sacralgegend ein beginnender Decubitus, Haut handtellergross stark gerötet. M. T. 37,4. P. 96. A. T. 38,9. P. 116.

6. Tag. 2 Mal Schüttelfrost. Abdomen tympanitisch (?). Puls klein. M. T. 37,9. P. 96. A. T. 38,1. P. 108.

7. Tag. 2 Mal Schüttelfrost. Eitriger Ausfluss aus dem Uterus. M. T. 37,2. P. 100. A. T. 38,9. P. 100.

8. Tag. Befinden etwas besser. Sonst status idem. M. T. 38,7. P. 100. A. T. 38,9. P. 100.

9. Tag. Diarrhoeen. Oedem der Beine und Hüften. Decubitus hat sich vergrössert. Beim Husten geht dünnbreiiger Stuhl ab. M. T. 38,1. P. 100. A. T. 39,5. P. 120.

10. Tag. Schüttelfröste. Diarrhoeen. Systolisches Herzgeräusch. Abnahme des Oedems an den Beinen. M. T. 37,2. P. 92. A. T. 40,4. P. 128.

11. Tag. Oedeme verschwunden. Herzgeräusch vermindert. Dammriss sieht gut aus. Pat. musste bisher noch immer kathetrisirt werden. M. T. 37,8. P. 80. A. T. 39,3. P. 100.

12. Tag. Abdomen nicht mehr aufgetrieben und schmerzempfindlich. Keine Diarrhoeen. Schmerzhafte, handtellergrosse infiltrirte Stelle über den Spin. sup. post. M. T. 37,9. P. 104. A. T. 38,0. P. 100.

13. Tag. Dammwunde mit eitriger, nekrotischer Substanz überzogen. Leib aufgetrieben. M. T. 37,9. P. 104. A. T. 38,5. P. 100.

14. Tag. Status idem. Decubitus in Heilung begriffen. M. T. 37,5. P. 108. A. T. 38,7. P. 110.

16. Tag. Die infiltrirte Stelle über der r. Spin. sub. post., die jetzt eine deutliche Fluctuation und bei einer Probepunction Eiter zeigt, wird incidirt. Eine grosse Höhle, in welche die unversehrte Spina hineinragt, entleert etwa $^1/_4$ L. grüngelblichen, übelriechenden, mit Blut und nekrotischen Gewebsfetzen vermischten Eiter. Drainage und Jodoformgaze. T. 37,6. P. 96.

17. Tag. Befinden sehr schlecht. Starke Diarrhoeen. M. T. 37,6. P. 90. A. T. 37,2. P. 90.

18. Tag. Befinden etwas besser. Keine Diarrhoeen. Deutliche Fluctuation, die von dem Tuber ischii sin. nach abwärts bis ca. 3—4 Querfinger breit unter dem Trochanter femoris hinzieht. Haut darüber schmerzhaft. Starkes Anasarka des unteren Beines. Reichlicher, übelriechender Ausfluss. M. T. 37,2. P. 100. A. T. 37,8. P. 96.

19. Tag. Entleerung des Abscesses durch Incision. M. T. 37,4. P. 108. A. T. 39,5. P. 120.

20. Tag. Beim Verbandwechsel und Dilatation der Wunde fliesst wieder 300 gr. stinkenden Eiters ab. L. Bein weniger geschwollen. M. T. 37,6. P. 100. A. T. 38,2. P. 102.

22. Tag. Starke Schmerzen im l. Fuss. Eröffnung eines Abscesses in der r. Hüftgelenkgegend. M. T. 38,9. P. 92. A. T. 38,8. P. 112.

23. Tag. Befinden gut. Die Wunden entleeren jauchigen Inhalt. M. T. 37,7. P. 108. A. T. 40,0. P. 112.

24. Tag. Befinden sehr schlecht. Delirien. Unwillkürlicher

Stuhl- und Urinabgang. Starke Transpiration. Starker Hustenreiz. M. T. 38,9. P. 128. A. T. 36,5. P. 120.

26. Tag. Die Allgemeinintoxication greift um sich. Starkes Lungenoedem. Pat. lässt Urin und Stuhl unter sich gehen.

M. T. am 25. Tag. 38,2. P. 120. A. T. 39,5. P. 110. M. T. am 26. Tag. 37;6. P. 116. A. T. 38,3. P. 116. 8^{55} p. m. Exitus letalis.

Section ergiebt Puerperale Sepsis, ausgehend von eitrig-jauchiger Peri- und Parametritis im Douglas und retroperitonealen Gewebe. Im Douglas befindet sich eine hühnereigrosse Höhle mit übelriechendem Eiter. In diesem, anscheinend aus Fibrinflocken bestehende Einlagerungen. Ein Teil davon steht mit dem Cervicalteil in Verbindung und besteht aus Resten nekrotischen Gewebes. Abgelaufene Endometritis. Eitrig-seröse Pelvioperitonitis. Im kl. Becken und in der Bauchhöhle befindet sich eine schmutzige, eitrig-seröse Flüssigkeit. Eitrige Thrombophlebitis der Ven. iliac. extern. sin. und der Ven. iliac. comm. femor. Die Vena iliac. extern. durch einen Thrombus verschlossen, welcher sich bis zur Vereinigung der beiden Ven. iliac. fortsetzt und auch noch weiter nach unten reicht. Ven. saphena und Ven. femor. durch schmutzige Thromben verlegt. Thromben in den breiten Mutterbändern. Embolus im Hauptstamm der Arterie des r. Oberlappens, mit der Wand verwachsen. Acute Endocarditis. Milztumor. Teilweise brandige Infarcte in Milz und Nieren. Dammriss in diphteroider Einschmelzung. Decubitus und jauchige Einschmelzung der Musculatur beider Nates.

Schlussbetrachtungen.

Die erfolgte Infection machte sich bei allen 16 Fällen innerhalb der ersten 5 Tage des Wochenbettes bemerkbar, teils durch das Auftreten des Fiebers, teils durch Auftreibungen oder Schmerzen im Abdomen. Es verteilen sich die Fälle nach der Zeit des Auftretens der Symptome geordnet folgendermassen:

Metrolymphangitis.

Sub partu	1	am III. Tage	2
am I. Tage	3	„ IV. „	3
„ II. „	3	„ V. „	1.

Metrophlebitis.

Sub partu 1. am I. und II. Tage je 1.

Während demnach der Beginn der Erkrankung bei beiden Formen keine besonderen Unterschiede zeigt, will man nicht etwa für die thrombotische Form einen etwas früheren Ausbruch als charakteristisch annehmen, unterscheiden sich dieselben sehr deutlich in der Dauer des Krankheitsprocesses.

Bei der lymphatischen Form trat der Tod nämlich ein:

1	Mal	am	II.	Tage	2	Mal am	X. Tage
1	„	„	V.	„	1	„ „	XI. „
1	„	„	VI.	„	2	„ „	XII. „
1	„	„	VIII.	„	1	„ „	XIV. „
2	„	„	IX.	„	1	„ „	XLIII. „

Die Durchschnittsdauer der Krankheit beträgt hiernach für diese Fälle 11 Tage 15 Stunden.

In den 3 Fällen von Metrophlebitis erfolgte der Tod.

1 Mal am VII. Tage 1 Mal am XXXII. Tage
1 „ „ XXVI. „

Durchschnittsdauer der Krankheit 21 Tage 16 St.

Der eine Fall von Metrolymphangitis, bei dem erst am 43. Tage der Exitus eintrat, ist Fall Nr. 11, bei dem sich in Anschluss an die Uteruserkrankung, welche selbst wenig hervortrat, langsam eine Salpingitis entwickelte und durch Entleerung seines Inhaltes dann (Schüttelfrost) die Peritonitis verursachte. Daher auch der so unregelmässige Verlauf des Fiebers.

Während auch in unsern Fällen die lymphatische Form durch das starke Hervortreten der Peritonitis in dem klinischen Bilde charakterisirt war: Schmerzen und Druckempfindlichkeit des Abdomens, Meteorismus, nachweisbares Exsudat, Singultus, Brechreiz

und Erbrechen, vermissen wir bei 2 von den 3 Fällen von Metrophlebitis jenes Symptom, das man sonst als gerade für diese Form pathognomonisch zu bezeichnen pflegt, nämlich die wiederholten Schüttelfröste. Nur ein Fall, nämlich Nr. 3 zeigt überhaupt Schüttelfröste.

Bei den lymphatischen Fällen kommen Schüttelfröste 3 Mal im Beginn der Erkrankung und 3 Mal in deren späteren Verlaufe vor.

Ganz auffallend dagegen ist der Unterschied beider Formen in dem Fieberverlaufe. Während bei der lymphatischen ein mehr oder minder continuirliches Fieber mit mässigen Remissionen welche gewöhnlich, doch nicht immer auf den Morgen zu fallen pflegen, die Regel bildet, ist von einem gewissen Typus des Fiebers bei der thrombotischen Form garnicht zu reden.

Eine Ausnahme von dem allgemeinen Fieberverlauf der Metrolymphangitis bilden jedoch die Fälle 11 u. 12, bei denen die Section und klinischen Symptome (Fall 11) das stärkere Mitergriffensein der Tuben ergaben; ausserdem Fall 13 mit der durch Drucknekrose erfolgten Perforation des Uterus und Fall 5, bei welchem auch in dem ganzen Krankheitsbilde die Symptome der acuten Anämie, hervorgerufen durch Blutungen bei Placenta praevia, bei weitem überwiegen.

Bei diesen 4 Fällen sehen wir auch neben dem Fieber normale Temperaturgrade auftreten. 3 Mal fand ich jedoch auch bei andern Fällen und zwar kurz vor dem Tode eine einmalige normale Temperatur. Bei einem andern Falle (Nr. 6) erfolgte ein Tag vor dem Exitus ein sehr kurz anhaltendes Herabsinken der Temperatur auf 36,3°, während wenige Stunden vor- und nachher die Messung 39° und 38,7° ergab (Pseudokrisis?). Bei den 3 Fällen von Metrophle-

bitis hinggeen ist es charakteristisch, dass neben den abendlichen Fiebertemperaturen beinahe regelmässig sich des Morgens vollkommen normale afebrile Temperaturen vorfinden. In dem Fall 2. kam nur eine einmalige Temperatur von 38,0 vor, sonst war während der ganzen Krankheitsdauer, trotz der in dem Meteorismus, Delirien etc. deutlich ausgesprochenen Infection, die auch viel schneller als die beiden andern Fälle letal endete, stets die Temperatur afebril. Ein ganz aufallendes Verhalten!

Unter 2 von den 3 thrombotischen Fällen machte sich die erfolgte Thrombosirung schon recht frühzeitig durch Oedeme der Beine und Genitalien bemerkbar.

Von den seltener vorkommenden Symptomen der Metrolymphangitis möchte ich folgende erwähnen: 1 Mal Muskelabscesse, 2 Mal Icterus, der eine Fall davon noch von einem sehr deutlich ausgesprochenen Exanthem begleitet, ausserdem die starken Aufregungen, Delirien, Convulsionen und die extremen Pupillenerweiterungen des Falles 8, bei dem sich auch der Icterus mit dem Exanthem vorfand. Es ist bedauerlich, dass hier keine Section des Gehirns vorgenommen wurde.

Das Mitergriffensein des Peritoneums bei Thrombophlebitis, welches Winkel auf 10% angiebt, fand sich 2 Mal vor, allerdings in keinem beträchtlichen Grade.

In den anatomischen Befunden zeichen sich die Fälle von Metrophlebitis ganz deutlich durch die erfolgten, in der Nähe oder im Uterus noch beginnenden Thrombosirungen aus, und auch bei der Mehrzahl der lymphatischen Fälle ist deren anat. Charakteristikum, die Vereiterungen in den Lymphbahnen nicht zu vermissen.

Ein besonders eigentümlicher Befund für die letzere Form scheint auch die wesentliche Betei-

ligung des Beckenbindegewebes zu sein, in der Form von sulzigen bis purulenten Oedem oder von bereits grösserer oder geringerer eitriger Einschmelzung. Dieses Symptom fand sich bei der Metrophlebitis nur einmal vor.

Wenn auch bei der Metrophlebitis das Peritoneum zweimal mitafficirt war, so war dies doch in einem weit geringeren Masse der Fall, als wir es bei den lymphatischen Formen finden.

Einen ganz regelmässigen Befund bei der Metrolymphangitis scheint auch die (trübe) Schwellung von Leber, Milz und Nieren zu sein. Bei der Thrombophlebitis fand sich nur einmal eine Schwellung der Leber.

Sehr oft sind auch die Ovarien bei der ersteren Form in Mitleidenschaft gezogen und teils ödematös, sulzig geschwellt, teils ganz oder teilweise vereitert.

Auffallend ist es, dass bei den 3 thrombotischen Fällen kein einziges Mal sich eine metastatische Affection der Lunge oder Pleura zeigte, sondern nur Lungenödem oder Hypostase, dagegen war Lunge und Pleuren bei der lymphatischen Form öfters mitergriffen Einmal fand sich dabei eine doppelseitige eitrig-fibrinöse und eine doppelseitige adhaesive Pleuritis, letztere noch mit einer einseitigen exsudativen verbunden.

Erwähnenswert ist noch die acute Endocarditis bei dem 3. Falle von Metrophlebitis.

Als interessante Nebenbefunde möchte ich noch die Verlagerung der l. Niere und die ossific. Pachymeningitis des Falles 9 und die Atresia vaginae des Falles 13 hervorheben.

Embolie der Lungenarterie.

Gerade im Anschluss an die Thrombophlebitis möchte ich diesen Fall erwähnen, weil einmal der Sectionsbefund den Ausgangspunkt der Embolie in einer Thrombose der Ven. sperm. sin. und des Plexus pampinif. feststellte, andererseits aber in der Krankheitsgeschichte während der ersten Hälfte ausschliesslich sich das Bild einer erfolgten Infection zeigte, die hier aber zu keiner Allgemeinintoxication führte, sondern auf eine Parametritis beschränkt blieb. Interessant ist in dem Krankheitsbilde das mehrfache Auftreten eines acuten maniakalischen Anfalles, den man sich wohl aus einer erfolgten Gehirnembolie mit ihren Folgerscheinungen z. B. einer localen Anämie erklären könnte. Da aber hier leider keine Gehirnsection stattgefunden hat, so müssen wir uns nur auf Vermutungen beschränken. Der Tod erfolgte fast ganz plötzlich, als die Patientin behufs Ueberführung in das allgemeine Krankenhaus das Bett verlässt. Sie sinkt plötzlich ohnmächtig zu Boden, wird zwar durch die angewandten Mittel wieder zur Besinnung und Atmung gebracht, aber nur auf eine Viertelstunde: dann stehen Atmung und Herzschlag für immer still. Hier wurde durch die ungewohnte, rasche Bewegung wohl ein Thrombusstück der Vena sperm. losgerissen und verlegte dann vollkommen den Hauptstamm der Lungenarterie, was natürlich alle Anstrengungen der Aerzte scheitern machen musste.

. 1893 Nr. 829. Margarethe L. 30 Jahre III p., am 4. November aufgenommen, wird am 22. November in den Kreisssaal verbracht. T. 37,8. Da Pat. angiebt, gestern einen Schüttelfrost gehabt zu haben, so wird sie innerlich nicht untersucht.

12^{35} spontane Geburt eines lebenden cyanotischen Mädchens (48:2750). Placenta 5 Min. p. p.

12^{40} Temp. 38,7. P. 100. Puerp. fiebert etwas.

Pat. hatte früher einmal Bauchfellentzündung gehabt und im 2. Wochenbette Rippenfellentzündung. Sonst waren Geburt etc. normal.

Puerperium: Während an den beiden ersten Tagen das Befinden gut war (T. 36,4 u. 36,6 P. 80 u. 76), klagt Pat. am 3. Tage über Kopf- und Leibschmerzen und Appetitslosigkeit. Brüste sehr gespannt und druckempfindlich. Uterus weich und stark druckempfindlich. Fortwährendes Stechen über der Blasengegend. Husten. Starken übelriechenden Ausfluss. M. T. 38,7. P. 84. A. T 39,2. P. 112.

4. Tag. Status idem. Ausserdem Abdomen mässig aufgetrieben. Uterus wieder gut contrahirt, aber noch druckempfindlich. Parametrien frei. An der h. Commissur ein stark belegtes Ulcus. M. T. 38,0. P. 96. A. T. 40,2. P. 118.

5. Tag. Starke, wehenartige Schmerzen. Husten. Brüste nicht mehr so empfindlich. Uterus gut contrahirt, druckempfindlich, ebenso das l. Parametrium. Meteorismus. M. T. 37,4. P. 90. A. T. 39,4 P. 112.

6. Tag. Status idem. Kopfschmerzen. M. T. 39,5. P. 112. A. T. 40,1. P. 104.

7. Tag. Befinden besser. Uterus nicht schmerzhaft, wohl aber das l. Parametrium. M. T. 37,8. P. 84. A. T. 39,0. P. 96.

8. Tag. Befinden wieder schlechter, sonst status idem. M. T. 38,6. P. 84. A. T. 40,0. P. 96.

10. Tag. Pat. bekommt in der Nacht klonische Zuckungen in den Extremitäten, schreit auf. Bewusstsein erhalten. Am Morgen Schreien, Toben, Drohungen gegen die Umgebung. M. T. 37,8. P. 100. A. T. 37,7. P. 84.

11. Tag. Die Anfälle mit den klonischen Zuckungen, Schreien Toben, Drohungen wiederholen sich. In den Pausen ist Pat. ruhig, sucht aber immer das Bett zu verlassen. M. T. 37.3. P. 92. A. T. 37,2. P. 92.

12. Tag. Noch ein kleiner Anfall. Danach etwas Kopfweh, sonst subject. Wohlbefinden. M. T. 36,7. P. 84. A. T. 36,7. P. 84.

13. Tag. Pat. ist ruhig. Kein Kopfschmerz. L. Inguinalgegend schmerzhaft. Leistenring für 1 Finger durchgängig. Uterus gut contrahirt, hinter der Symphyse. Appetit und Schlaf gut. T. 37,8. P. 92.

14. Tag. Allgemeinbefinden gut. Beide Inguinalgegenden und Parametrien druckempfindlich. T. 37,2. P. 100.

15. Tag. Druck auf beiden Seiten der Blase schmerzhaft. Bauchdecken gespannt. T. 37,2. P. 100.

4½ p. m. Als Pat. behufs Ueberführung in das Krankenhaus 1 J. das Bett verlässt, wird sie plötzlich ohnmächtig. Sofortige Untersuchung ergiebt stertoröses Atmen, Kleinheit des Pulses, der zeitweise an der Art. rad. nicht fühlbar ist. Durch künstliche Atmung, Aether und äussere Reizmittel kehrt der Puls zurück und wird die Atmung regelmässig, ist aber beschleunigt. Atemnot. Bewusstsein vorhanden. Nach ¼ St. Stillstand der Atmung, Puls nicht mehr fühlbar. Wiederbelebungsversuche erfolglos. Exitus let.

Die Section ergiebt Embolie des Hauptstammes der Lungenarterie mit Fortsetzung in die beiden Hauptäste, ausgehend von einer Thrombose der Vena sperm. sin. und des Plexus pampinif. sin. Abgesackter intraperitoealer Abscess am Ansatz des l. Ovariums. Aeltere adhaesive Peritonitis (Verwachsungen des Netzes mit der l. Tube und dem l. Lig. ovarii). Struma parenchym. hämorrhag. Hämorrhag. Infarct des l. Unterlappens. Milztumor und venöse Hyperämie der Leber und Nieren.

In der erweiterten Vena sperm. sin., unmittelbar über dem Beckeneingang, findet sich lockeres Gerinnsel, das bis zum Plexus pampiniform. reicht. An einzelnen Stellen graurote Verfärbung. Ebendort, am Lig. ovarii ein pflaumengrosser Eiterheerd. An der Teilungsstelle der Lungenarterie sitzt ein bleistiftdicker, graurötlicher Pfropf, ebenso im Hauptstamm der l. Lungenarterie ein fast fingerdicker Pfropf.

Eclampsie.

1. 1895. Nr. 668. Anna H. 37 Jahre, VII p. Aufnahme am 6. September 6²⁰ p. m. Wird in halbbewusstlosem Zustande in die Klinik gebracht.

Nach Aussage des Mannes soll Pat. schon bei der letzten Geburt Krämpfe gehabt haben. Während dieser Schwangerschaft keinerlei Beschwerden, bis sich in der letzten Nacht Krämpfe einstellten. Nachmittags um 3 h. wurde die Hebamme gerufen, weil Pat. wiederum einen krampfartigen Anfall mit darauffolgender Bewusstlosigkeit gehabt haben soll, welcher von dem herbeigerufenen Arzte als eclamptischer diagnosticirt worden sei. Dieser ordnete, weil auch der Muttermund stark erweitert sei, die Ueberbringung in die Anstalt an. Kurz nach Mittag soll die Pat. Limonade getrunken haben, worauf sich ein roter, Masern ähnlicher Ausschlag auf der Haut zeigte, ihr übel wurde und Erbrechen erfolgte. Sofort

nach der Aufnahme wird auf Einlauf ein gelblicher weicher, jedoch noch geformter Stuhl entleert. Kein Eiweiss im Urin. Blase gesprungen. I. Schädellage.

7^{30} p. m. Mehrmaliges Erbrechen. Mehrere bräunliche, dünnflüssige, mit wenig festen Kotmassen vermischte Stuhlentleerungen, die unwillkürlich und ohne Wissen der Kreissenden erfolgen, obwohl jetzt das Bewusstsein vollständig zurückgekehrt ist. Kreuzschmerzen. Schwache Wehen. Kindliche Herztöne nicht zu hören. T. 38,7. P. 136.

Infolge des ansteigenden Fiebers (39,5°), der Dyspnoe und Cyanose der Pat. wird der Forceps angelegt. Nabelschnur 2 Mal um den Hals geschlungen, dünn und straff, zeigte keine Pulsation, konnte nicht reponirt werden. Wiederbelebungsversuche erfolglos. Knabe 52 : 3100. Placenta spontan.

Nach der Entbindung mehrmaliges Erbrechen, unwillkürliche Entleerung dünnflüssiger, sehr faeculent riechender, gelblichbrauner Stühle. Puls sehr klein und unregelmässig, 148. T. 39,1.

Puerperium: Abends 9h. Puerp. sieht cyanotisch aus, hat kühle Extremitäten. Puls kaum fühlbar, klein, flatternd, 150. Atmung sehr beschleunigt, oberflächlich. Starkes Durstgefühl. Genossene Getränke werden erbrochen. T. 39,1.

Nachts 11h. Status idem. T. 38,2. Etwas Albumen im Harn. Dyspnoe stärker.

7. September 3^{30} a. m. T. 38,5. Puls nicht zu zählen, fadenförmig. Atmung sehr beschleunigt, oberflächlich. Starke Atemnot. Extremitäten, Rücken, Gesicht kühl und livid. Abdomen meteoristisch aufgetrieben.

8h. a. m. Exitus letalis.

Section ergiebt ausser einer acuten catarrh. Enteritis, leichtem Hirnödem und einem ca. 3 cm langen Riss über dem Cervix in der h. l. Uteruswand, nicht perforirend, einen vollständig negativen Befund!

2. 1896 Nr. 455. Wally W. 30—35 Jahre, III, p. Aufnahme am 6. Juni 1896 1^{30} p. m.

Erste Geburt durch Zange beendet, zweite spontan. Schwangerschaften und Wochenbetten normal. Kinder leben. — Jetzige Schwangerschaft bis vor 1 Monat normal, wo Pat. dann eine Schwellung [illegible] Kopfes bemerkte. Vor 2 Tagen traten starke Kopfschmerzen auf und nahm der Urin rote Farbe an. Gestern Abend eclamptischer Anfall von 10 Min. Dauer.

Anfälle am 6. Juni um 1, 5, $5^1/_2$, $7^1/_2$, $8^1/_4$, 10 u. $11^1/_2$h a. m. von je $^1/_4$ stündiger Dauer. Bis zum Anfall um 5h bei Bewusst-

sein, konnte jedoch nicht mehr sehen; seit diesem Anfalle bewusstlos. Von da an auch Rasseln im Halse.

Pat. wird bewusstlos in die Klinik gebracht. Cyanose des Gesichtes. Klonische Krämpfe, namentlich in den Armen, aber nicht in der Gesichtsmuskulatur. T. 38,1°. Puls regelmäsig, voll, kräftig, 120. Oedem an Füssen und Beinen. Starkes Rasseln beim Atmen, besonders bei der sofort eingeleiteten Chloroformnarkose. Herz scheint nach r. verbreitert zu sein. Töne sind wegen des starken Rasselns nicht zu kontrolliren. Lungenuntersuchung wird unterlassen. Urin (30 cm) stark eiweisshaltig. Wahrscheinlich l. Schädellage: Kopf beweglich über dem Becken. Muttermund 1 M.-stückgross. Pat. bekommt Chloralhydrat per rectum.

6. Juni. 3^{45} p. m. T. 37,6. P. 120. Resp. 28. Trachealrasseln hat nachgelassen.

4^{30} p. m. Da Pat. unruhig wird und den Kopf umherwirft, abermals Chloralhydrat per rectum, aber Aussetzen der Chloroformnarkose. Chloroformverbrauch bisher etwa 80 cbcm.

5^{10} p. m. Blasensprung. Kindl. Herztöne nicht gehört. Kopf vom Mastdarm aus exprimirt.

Extraction. Nach der Geburt des Rumpfes stürzen 300 gr. dunkeln, flüssigen Blutes heraus. Nach Entfernung der Placenta durch Credé ist der Uterus gut contrahirt und steht die Blutung. Toter Knabe 49:3000.

6h p. m. Bewusstsein nicht wiedergekehrt. Cyanose im Gesicht, an Händen und Nägeln. Puls weich, 120, Pupillen eng, reagiren nicht. Resp. 28. Starke Bronchialsekretion.

7h Bronchialsekretion immer reichlicher. Es tritt reichlicher, flüssiger Schaum aus dem Munde. Extremitäten kühl. Puls noch ziemlich kräftig, 120. In dem durch Katheter entleerten Urin massenhafte granulirte Cylinder, keine hyaline. Trommer negativ.

8h. Puls wird schwächer trotz der Kampferinjectionen. Cyanose dauert an. Bronchialsekretion noch gesteigert.

10^{30} p. m. Exitus letalis.

Section ergiebt parenchymatöse Nephritis: Eclampsie. Die Nieren sind vergrössert, r. Niere bluthaltiger als die l. R. Ureter und l. Nierenbecken erweitert. Mark und Rinde deutlich geschieden. Bei Druck auf die Papillen entleert sich reichlicher, trübgrauer Saft. Subseröse Myome im Fundus und an der l. Uteruswand. Hypertrophie des Herzens, namentlich des l. Ventricels. Gehirnödem. Anämische Stauungsleber. Lungenödem. Leichter Höhlenhydrops, namentlich im Herzbeutel und Pleura- und Bauchhöhle.

3. 1896 Nr. 751. Fanny S. II p., wird am 26. Sept. 1896 11h a. m. von der Sanitätskolonne benommen in die Klinik gebracht.

Nach Angabe des Arztes hatte Pat. früh um 7h den 1. Anfall. Weitere Anfälle um 8^{50}, 9^{55}. 10^{40}. 1 -$1^1/_2$ Min- andauernd. Urin stark eiweisshaltig. Seit dem 2. Anfalle soll sie nie vollständig zur Besinnung gekommen sein.

Schwangerschaft im IX. Mon. II. Schädellage. Behufs Wehenerzeugung Colpeurynter in die Vagina.

11^{20} 5. Anfall 3—4 Min. 6.) 1^{50}. 7.) 3^{05}. 8.) 4^{05}. 9.) 4^{50} 10.) 6^{55} p. m. Starker Anfall. Nach jedem Anfall bekam Pat. Choralhydrat und während desselben leichte Chloroformnarkose. Starke Cyanose, Trachealrasseln. Colpeurynter wird entfernt.

Da Muttermund 5 M.-stückgross ist und die kindl. Herztöne schon seit Stunden nicht zu hören sind, so Perforation und Kranioklasie. Placenta sofort exprimirt. 7^{50} p. m.

9^{50} p. m. Puls wird frequent und klein. Rasseln wird stärker.

10h 11. Anfall von gleicher Beschaffenheit wie die früheren. Resp. 50. Starkes Trachealrasseln. Nasenflügelatmen. Cornealreflexe nur angedeutet. Lidschlag aufgehoben. Aus der Nase fliesst eine reichliche Menge einer braunroten dicken Flüssigkeit.

11^{20} 12. Anfall. Trachealrasseln hat zugenommen. Lungenödem. Die erwähnten Erscheinungen halten an trotz reichlicher Transspiration infolge heisser Einpackungen.

12^{45} sistirt die Atmung plötzlich, wird zwar auf kurze Zeit durch Abklatschen und künstl. Respiration wieder in Gang gebracht, bleibt aber ungenügend.

12^{50} Nachts Exitus letalis.

Section: Abdomen aufgetrieben, zeigt im kl. Becken etwas hämorrh. Flüssigkeit. Pleuren glatt, glänzend. Einzelne Stellen der Lungenoberfläche in lobulärer Ausdehnung emphysemat. vorspringend. Im r. Oberlappen Luftgehalt herabgesetzt, Saftgehalt reichlich. Farbe gleichmässig dunkelbraun. Unterlappen im allgemeinen dunkeler, mit zahlreichen lobulären, etwas prominenten Stellen von braunroter Farbe, deren Luftgehalt vollst. aufgehoben ist. Schnittfläche leicht körnig. Im Herzbeutel hämorrh. Flüssigkeit. Herz bes. nach rechts verbreitert. Epikard vielfach milchig getrübt, sonst überall glatt. Muskulat. gelbblassbraun (Fettdegeneration). Milztumor. Magenschleimhaut mit zahlr. Luftblasen durchsetzt und aufgetrieben, im übrigen stark netzförmig gezeichnet. Leber gross, schlaff. Einzelne Stellen der Oberfläche zeigen zwischen Kapsel und Lebergewebe kleine luftgefüllte Räume. Beim Einschneiden

hört man deutlich Knistern. Nierenoberfläche schmutzig braungrau. Rinde mässig verbreitert, mit zahlreichen kleinen, etwas trübgelblichen Flecken. Mark etwas verwachsen. Uterusinnere grösstenteils mit Blutcoagula und fest adhaerenten Placentarresten ausgefüllt.

Anatomische Diagnose: Lobuläre Pneumonie. Fettige Degeneration der Nieren und des Herzens. Lungenödem. Etwas Hirnödem. Eclampsie.

4. 1895 Nr. 331. Marie W. 27 Jahre, VI p. Aufnahme am 30. April. 8^{30} a. m.

Frühere Schwangerschaften etc. normal.

Pat. hatte gestern 8 eclamptische Anfälle. Ueber sonstiges Befinden in der Schwangerschaft nichts zu ermitteln.

I. Schädellage. Kindl. Herztöne zu hören. Muttermund für 2 Finger durchgängig. Blase steht. Kopf beweglich in dem Beckeneingang.

8^{45} a. m. 9. Anfall im Bade, 2' Min. andauernd. Bewusstlosigkeit. Pupillen reagiren sehr wenig. T. 36,5. P. 102, gut. Lippen cyanotisch. Leichtes Knöchelödem. Starkes Trachealrasseln. Durch Katheter 50 ccm blutigroten Urins, der beim Kochen vollständig gerinnt: rote Blutkörperchen und granulirter Cylinder.

9^{15} starker 10. Anfall 11^{45}. Starkes Trachealrasseln. Reichl. blutiger Schleim. Ueber der Lunge kleinblasiges Rasseln. Cyanose stärker. P. 108—120.

Da somit äusserste Lebensgefahr vorhanden ist und die kindl. Herztöne noch zu hören sind und das Kind seiner Entwickelung nach lebensfähig, der Muttermund aber erst 3 M.-stückgross ist, so wird um 12^{18} die Sectio caesarea vorgenommen. Knabe (47.5 : 2250) zeigt keine Lebenszeichen mehr, bleibt tot. Blutverlust gering. Dauer der Operation 36 Minuten.

1^{15} Puls 144, nicht sehr klein. Cyanose geringer. Rasseln lässt nach.

1^{30} Puls wird kleiner. Schleimsecretion nimmt zu.

1^{35} p. m. plötzliche Kieferklemme, die 15 Min. anhält. Künstl. Atmung erfolglos. Bewusstsein seit der Operation nicht zurückgekehrt. Exitus letalis.

Ein Sectionsprotocoll ist nicht aufzufinden.

Mit den bisher angeführten Fällen haben die nächsten 3 manche Beziehungen. Der erste ist ein reiner Fall von Eclampsie, konnte aber deswegen nicht

mit den andern 4 auf gleiche Stufe gestellt werden, weil hier der Tod durch Apoplexie erfolgte. Der 2. und 3. Fall war intra vitam wegen der eigentümlichen Symptome für Eclampsie angesehen und demgemäss behandelt worden. Die Section ergab aber in dem einem Falle Nephritis mit Urämie, woran auch gedacht worden war, wie die angestellte Harnreaction auf Gallenfarbstoffe zu beweisen scheint, in dem zweiten aber einen Gehirntumor.

Dieser letzte Fall ist entschieden der interessanteste, denn die Folgeerscheinungen des Gehirndruckes bieten in der ersten Hälfte der Krankheit ganz frappant das Bild der Eclampsie, an die vor allem ja gedacht werden musste. Ob dann später aber die Erscheinungen an den Augen: Conjunctivalblutungen, maximalste Pupillenerweiterung und Nystagmus nicht auf die richtige Diagnose leiteten, ist sehr fraglich, ja unwahrscheinlich, wenn man auf die öftere Bezeichnung „auffallender Nystagmus, auffallende Erweiterung" Gewicht legen will.

Eclampsie. Apoplexie.

1896 Nr. 1035. Therese B. 34 Jahre. I p. Aufnahme am 26. Dezember 1^{20} p. m.

Krämpfe sollen seit heute Morgen 5h aufgetreten sein, nachdem Pat. kurze Zeit vorher nichts mehr gesehen hatte. Seit 4 Wochen geschwollene Beine, sonst keinerlei Beschwerden.

I Schädellage. Aeusserer Muttermund mit Dehnung für 1 Finger durchgängig, innerer 2 M-stückgross. Cervicalcanal 2 cm lang. Blase wölbt sich etwas vor. Urin stark eiweisshaltig. Oedem der Beine. Herz etwas nach l. verbreitert. Töne rein. Temp. am 26. u. 27. unter 37°, nur am 26. 38.4° und 38.2° P. 84—100.

3^{45} p. m. 1.) eclamptischer Anfall von 1'15 " Dauer.

4^{15} p. m. 2.) eclamptischer Anfall von 4'25 " Dauer.

In der Nacht auf den 27. grössere motorische Unruhe, die durch Narkose beseitigt wird. Gegen Morgen 5^{45} antwortete Pat.

auf Fragen mit „Ja“. Mm. fast vollständig verstrichen. Auch Mittags insofern bei Bewusstsein, als sie kurze Zeit hindurch auf Fragen mit „Ja“ und „Nein“ antwortet.

28. Dezember. Regelmässige Wehen. Aeusserer Mm. für 1 Finger bequem durchgängig. Blase wölbt sich stark vor. Sensorium fast vollkommen frei.

11^{35} 3. Anfall von $1^1/_2$ Min. Dauer. Mm. fast vollkommen erweitert.

11^{40} Blase wölbt sich in ziemlicher Grösse vor die Vulva. 4. Anfall von 1 Min. Dauer.

11^{45} Spontane Geburt einer 6 monatl. Frucht in Form des ganzen Eies. Blutung gering. Uterus gut contrahirt. T. 36.8. P. 132 klein.

Auffallend ist die Zunahme des schon vor der Geburt vorhandenen Icterus, der nun den ganzen Körper bedeckt, bes. stark an den Conjunctiven auftritt. Chemosis.

12^{25} 5. Anfall von grosser Heftigkeit und $^1/_2$ Minut. Dauer.

1^{45} p. m. 6. Anfall. Chemosis wird bedeutend. 2h p. m. Icterus nimmt zu. Puls sehr klein und frequent. Starkes Trachealrasseln. Cheyne-Stokes'sches Phänomen. Puls bald nicht mehr zu fühlen.

2^{20} p. m. Exitus letalis.

Section: Epidermis des ganzen Körpers ziemlich icterisch gefärbt. Im Abdomen $^3/_4$ L. serös-sanguinolenter Flüssigkeit, ebenso im Herzbeutel und bd. Pleurahöhlen zu je $^1/_4$ L. Lungengewebe in der Consistenz deutlich vermehrt. Blut- und Luftgehalt herabgesetzt, Saftgehalt vermehrt. R. Lunge zeigt bei Druck deutlich reichliche schaumige Flüssigkeit. Bronchialschleimhaut gerötet, mit blutig tingirtem Schleim. Ecchymosen auf der l. Pleura. Herz ziemlich klein zeigt unter dem Epikard und in der Muskulatur (auf Durchschnitten) zahlreiche teils punktförmige, teils ausgedehnte Blutaustritte. Unter der Milzkapsel mehrere Blutaustritte, ebenso in der graugelblichen Magenschleimhaut. Leber mit der Kapsel zeigt eine abwechselnd dunkelbraunrote bis gelbliche Zeichnung. Die Gefässe sind gefüllt und zeigen in ihrer Umgebung zahlreiche Blutaustritte. Consistenz nicht wesentlich herabgesetzt. Auf Durchschnitt fleckige Zeichnung mit hellgelben bis grünlichen Partien abwechselnd, auch von Blutungen durchsetzt. Bei bd. Ni ren Mark und Rinde deutlich geschieden. Rinde von braunroter Farbe mit zahlreichen hellen graugelblichen Punkten und strichförmigen Flächen. In der Schleimhaut der Nierenbecken zahlreiche Blutaustritte, submucös. In der Blasenschleimhaut vereinzelte Ecchymosen. Im Cervicalcanal

und am Muttermund mehrere Schleimhautrisse. Uterusmuskulatur mit zahlreichen Blutaustritten durchsetzt. Nach Wegnahme der normalen Dura mater zeigt sich über dem rechten Stirnlappen in den weichen Häuten ein flacher, ausgedehnter Bluterguss, der in die Furchen eindringt. Hirnsubstanz vollkommen intact, aber sehr weich. Graue Substanz verwaschen, undeutlich von der weissen abgesetzt. Im l. h. Schenkel des corpus callosum ein markstückgrosser, schwärzlicher Bluterguss mit ödematöser und ictterisch verfärbter Umgebung. An den Rändern zahlreiche gefüllte Capillare. Im Centrum semiovale sehr wenige Blutpunkte. Zeichnung der basalen Ganglien verwaschen, doch ohne Einlagerungen. Kleinhirn äusserst weich. Weisse und graue Substanz etwas gelblich imbibirt. Pons und Medul. oblong sehr weich.

Anatomische Diagnose. Frische Apoplexie im l. h. Schenkel des corpus call. Ausgedehnte meningeale Apoplexie über über dem r. Stirnlappen. Multiple Blutaustritte in der Leber, unter dem Epikard, in den Nierenbecken. Acute Fettdegeneration der Nieren. Allgemeiner Icterus. Acutes Lungenödem. Puerperale Eclampsie.

Nephritis. Urämie.

1895 Nr. 370. Katharine A. 43 Jahre, I p. Aufnahme am 14. Mai um 7h a. m.

Seit 2 Monaten Anschwellung der Beine mit Schmerzen in denselben. In letzterer Zeit öfters Erbrechen.

Pat. kommt soporös an. Zeitweise Zuckungen, aber keine Krämpfe. Gesicht, Hände und Füsse cyanotisch. Haut blass, trocken. Starkes Oedem der Beine und der abhängenden Bauchteile. Pupillen reagiren prompt, mittelweit. Scleren gelblich verfärbt. Starke Pulsation in der Herzgrube und der Halsgegend. Carotiden gespannt. Herz nach l. verbreitert. Töne rein. Blase gesprungen. Wehen schwach und spärlich. Kindliche Herztöne nicht zu hören. I. Schädellage. Urin eiweisshaltig. Oligurie. Gallenfarbstoffreaction undeutlich.

T. um 10h a. m. 38,0. P. 112. Resp. 26 steigt bis 6h p. m. auf T. 38,7. P. 120. R. 48.

Sopor besteht fort. Um 11h p. m. T. 38,6. P. 140. R. 48. (Cheyne-Stokes). Muttermund vollständig erweitert. Bei jeder Wehe stöhnt Pat. laut auf.

15. Mai 2^{30} a. m. wird nach vergeblichen Versuchen, das Kind

durch Kristeller und Combination von Kristeller und Ritgen zu exprimiren, zur Perforation geschritten, weil die Geburt nicht vorrückt. Extraction 3^{10}. Placenta 3^{45} spontan. Ausser den erwähnten Zuckungen hat Pat. keinen Anfall gehabt. T. 38,9.

Puerperium: Pat. soporös. Uterus gut contrahirt. M. T. 38,9. P. 108. A. T. 37,9. P. 112.

2. Tag. Eingeflösste Nahrung wird nicht mehr geschluckt. Nährklysma. Heisse Bäder werden fortgesetzt. Gegen Abend Trachealrasseln, welches stetig zunimmt. Puls sehr beschleunigt, kaum zu fühlen und zu zählen. Starke Cyanose. Aether und Kampfer erfolglos. Venaesectio. Eiweissgehalt 3% 2h a. m. Exitus letalis.

Section: Abdomen aufgetrieben, u. r. fluctuirend. Im Abdomen $^3/_4$ L hellgelber seröser Flüssigkeit. Darmserosa cyanotisch gerötet. Im Herzbeutel und l. Pleurasack reichl. gelbliche seröse Flüssigkeit. Unterlappen l. stark ödematös. R. Lunge dunkelbraunrot, von vermehrter Consistenz, ödematös. In den Bronchien reichl. schleimig-blutiger Inhalt. Schwellung, Oedem und Brüchigkeit im ganzen Darmkanal bis zum Duodenum. Leber gross, Kapsel an einzelnen Stellen rötlich gefleckt. Herzmuskulatur auffallend blassgrau. Das retroperitoneale Bindegewebe durchweg ödematös. Oberfläche der Nieren glatt, hell graugelblich. Mark und Rinde scharf geschieden. Rinde hell graugelblich, blutleer verschmälert 04 mm. Pyramiden heben sich durch blasslivide Farbung deutlich ab. Auf Druck etwas trübe Flüssigkeit. Die grossen Venenstämme der Oberschenkel beide mit flüssigem Blut gefüllt. An der h. Uterusfläche mehrere kirschkerngrosse subseröse Myome. Bd. Ov. d. mit Umgebung durch zahlreiche Spangen verwachsen. Dura gespannt, glatt. Vielfach durchscheinende Gefässe ziemlich gefüllt. Weiche Häute glatt, glänzend. Venen gefüllt. Subarachnoideale Blutergüsse an der Convexität r., im Ausgang der Sylvi'schen Grube und an der Basis. L. Seitenventricel deutlich dilatirt, ebenso der r. Im r. Streifenhügel kl. Petechien. Im r. Sehhügel eine Capillarapoplexie von Erbsengrösse. 4. Ventr. von reichlichem Umfang. Substanz des ganzen Gehirns weich, ödematös und blutarm.

Anatomische Diagnose. Acute parenchymat. Nephritis, Stadium der fettigen Degeneration. Allgemeiner Hydrops mässigen Grades. Lungenödem. Beginnende hypostat. Pneumonie. Meningeale Apoplexie bes. über dem l. Grosshirn und dem r. Streifenhügel. Gehirnanaemie. Multiple, subseröse Myome des Uterus.

Gehirntumor.

1896 Nr. 302. Marie Sch. 27. Jahre, IV p. Aufnahme am 9. April 1896. Vorhergehende Schwangerschaft etc. normal.

Jetzige Schwangerschaft bis heute ohne Beschwerden. Am heutigen Morgen einmal und am Abend 2 Mal Krampfanfälle, weshalb Pat. in die Klinik verschafft wird. Pat. weiss aus dem Grunde von ihrer Herschaffung nichts, weil sie vorher bewusstlos war und erst auf dem Transporte wieder zur Besinnung kam. Es wird ihr das Umhergehen erlaubt. Puls und Temp. normal.

Am 11. wird Pat. bewusstlos im Saal gefunden, am Boden liegend. Die l. Gesichtshälfte ist stark contusionirt, bes. über der Gegend des Jochbogens. Bd. Augenlieder sugillirt. Aus der Nase fliesst Blut. Wegen Verdacht auf Eclampsie sofort kathetrisirt. Urin stark eiweisshaltig. Die Nachricht von den Krämpfen am 9. erfuhr man erst am 11., da bis dahin kein Angehöriger erschienen war. Pat. kommt nun unter genauere Aufsicht.

Abends zwischen 10h u. 11h. 3 kurz andauernde eclamptische Anfälle mit Cyanose, Kieferklemme und Convulsionen. Beim 3. Anfall springt die Blase. Um 11h Mm. 3M-stückgross. Kopf vorliegend.

Wegen vorzunehmender Wendung und Extraction wird Chloroformnarkose eingeleitet, die aber zweimal durch Erbrechen, Kieferklemme und Zurücksinken der Zunge verhindert wird. Beim Versuch, die Kieferklemme durch Mundsperrer zu heben, entsteht eine $^1/_2$ stündige Blutung aus dem Zahnfleisch. Erst durch Aether gelingt eine leidliche Narkose. Colpeurynter in den Muttermund. Da nach 3 Stunden Mm. erst kleinhandtellergross ist und der Mm.-saum einen harten Ring bildet, wird von der Wendung Abstand genommen. Kopf beweglich im Beckeneingang. Grosse Fontanelle am tiefsten, kleine nicht zu fühlen.

2h a. m. Nach 4 St. ist die Pat. noch nicht vollständig aus der Narkose erwacht. Ab und zu Erbrechen. P. gut. Atmung zeigt Andeutung von dem Cheyne-Stokes'schen Phänomen.

4^{50} erste Wehen. 5^{30} Vorgefallener Arm und Nabelschnurschlinge reponirt.

5^{60} Plötzlich starker, eclamptischer Anfall mit Cyanose, Kieferklemme und Convulsionen.

6. a. m. Durch Forceps Entwickelung eines Mädchens in Vorderscheiteleinstellung. Schleimhautriss in der Scheide, dessen Blutung spontan steht.

6^{30} Placenta spontan. Uterus gut contrahirt. T. 36,7.

Puerperium: Puerp. lässt Stuhl und Urin unter sich gehen. Stuhl breiig, sehr faeculent. Urin 1.5‰ E. zahlreiche granulirte Cylinder.

2. Tag 12h a. m. Erneuter Anfall von ¼ stündiger Dauer. 12³⁰ Anfall von ¼ St. Nachmittags Sensorium frei. 5h p. m. Anfall. In der Nacht etwa 8 Anfälle von zunehmender Dauer und Stärke. Da Pat. das Chloralhydrat per rectum nicht bei sich behält, muss Morph. injicirt werden, bis 0,09 gr. Da trotzdem die Anfälle schwerer werden, wird Chloroformnarkose eingeleitet, welche die vorher öfters aussetzende Atmung regelmässiger macht und den Puls von 120 auf 80 herabdrückt. Urin wird unter sich gelassen.

3. Tag. Sensorium stark benommen. Kein Anfall. Der vorher sehr frequente Puls 142 (Resp 36) wird gegen Abend auf heisse Einpackungen und Bader auf 128 gebracht. M. T. 36,7. A. T. 37.1. In der Nacht um 12h T. 38,6. P. 136. Stuhl und Urin wie gestern.

4. Tag. Noch immer bewusstlos. Pat. blickt öfters unruhig umher, liegt dann wieder mit halbgeschlossenen Lidern da. Conjunctivalblutungen. Von der hinteren Comissur, an der Analfalte verlaufend bis zur Kreuzbeinspitze eine diffuse bläuliche Verfärbung, von einer Blutung in das Gewebe herrührend. M. T. 39,0 P. 140. A. T. 38,8 P. 140.

5. Tag. Puls 150 geht auf Tinct. Stroph. auf 106 zurück. Sensorium benommen. Pat. reagirt nur bei Druck auf den seit gestern empfindlichen Uterus, der in Nabelhöhe steht. Stuhl stark faeculent, wässerig, wird wie der Urin unter sich gelassen. Höhe der Nates diffus gerötet. Atmung sehr frequent und oberflächlich, Cheyne-Stokes'sches Phänomen. Nasenflügelatmen. Husten mit schleimig-gelblichem Auswurf. Pupillen auffallend weit, abends ad maximum erweitert, icterisch verfärbt. P. 160 trotz 30 Tropfen Strophantustinctur. Daher Kampfer. M. T. 37,7. P. 132. A. T. 40,1 P. 160.

6. Tag. Puls frequent und klein. Resp. 48, kein Cheyne-Stokes. An den Lippen weisslicher Schaum, welcher, da Pat. den Kopf nach der l. Seite gedreht hält, aus dem l. Mundwinkel herausfliesst. Pupillen mittelweit. Auffallender Nystagmus. Pat. reagirt nur bei Druck auf den Uterus und die Parametrien. Puls abends frequent, fadenförmig trotz Aether und Kampfer. M. T. 38,8. P. 148. A. T. 39,9. P. 142.

7. Tag. Es wird noch immer die Lage nach links eingehalten. Uterus und Parametrien nicht mehr so empfindlich. Beginnender Decubitus an Fersen und Ellenbogen trotz Wattepolsterung. Rötung an den Nates zurückgegangen. Da der Lidschlag

nur vereinzelt erfolgt und die Conjunctivae bes. rechts stark injicirt sind, so feuchte Läppchen auf die Augen.

4h p. m. Atmung öfters stockend und aussetzend.

4^{30} p. m. Exitus letalis.

Section ergiebt einen Tumor des Nerv. optici sin., direct am Chiasma. Man findet statt des l. Nerv. opt. einen haselnussgrossen, freibeweglichen, vom Chiasma ausgehenden, mässig derben Tumor, der auf der Schnittfläche reichlich Blut entleert und an der Peripherie von dunkelroter, im Centrum von weisslicher Farbe ist. Nirgends Verwachsungen mit den Nachbarorganen. Die Gefässe verlaufen über den Tumor hinweg. Weiche Häute an der Convexität etwas ödematös, nicht getrübt. Acute Nephritis puerperalis. Leichte Peritonitis im kl. Becken. Katarrh. Salpingitis duplex. Diapedesisblutung im Magen und Darm. Fettleber. Myodegeneratio cordis. Oedem und leichtes Emphysen der Lungen. Hypostatische Pneumonie des r. Unterlappens.

Uterusruptur.

1. 1892 Nr. 185. Anna Sch. III p. wird am 15. März 7h p. m. mit Fieber (T. 39,8° P. 120, sehr klein) aufgenommen. Am 14. wurde Pat. nach plötzlich erfolgtem Blasensprunge von der Hebamme untersucht, welche zum Arzt schickt. Von diesem in Narkose erfolgloser Wendungsversuch: l. Arm hervorgeholt. Alle 2 Stunden 1 Esslöffel Secale. Am 15. wird ein 2. Arzt hinzugezogen. Was da mit ihr geschehen ist, weiss Pat. nicht, weil sie chloroformirt wurde.

Pat. kommt hier mit Tetanus uteri an. Kind ist nicht durchzufühlen. Aus der Vulva hängt der l. Arm heraus; derselbe ist blauschwarz verfärbt, sehr übelriechend, anscheinend einem stark macerirtem Kinde angehörend, und hängt nur noch durch einige Hautfetzen mit dem Rumpfe zusammen. Mm. 5M-stückgross. Es ist nur Wundfläche des l. Armes zu fühlen.

Wegen hohen Fiebers wird die Decapitation des Kopfes versucht, jedoch erfolglos, weil der Hals nicht erreicht werden konnte. Hierauf werden 2 Rippen behufs Exenteration durchbrochen: erfolglos. Wegen des Tetanus konnte auch kein Bein gefasst und herabgeholt werden. Ebenso misslang der Versuch, den Gaumen mit dem scheerenförmigen Perforatorium zu durchbohren. Endlich gelingt doch die Herabholung des l. Fusses m. Einleiten des Steisses in das kl. Becken. Der Rumpf folgt leicht. Der hintere

Arm wird gelöst. Aus der durch den Decapitationsversuch gesetzten Kopfwunde fliesst viel Hirnmasse aus. Kopf mit dem Winkel'schen Handgriff entwickelt, Placenta durch Credé.

Puerperium: Pat. sehr matt. Die ganze Körperoberfläche blaurot gefärbt. Uterus sehr hart, in Nabelhöhe, überall druckempfindlich, auch im r. Parametrium. Aeussere Genitalien ödematös, blaurot. M. T. 37,8. P. 130. A. T. 37.7. P. 134.

2. Tag. Körperverfärbung etwas abgeblasst. Genitalien gangränös aussehend. Puls etwas kräftiger. M. T. 37,6. P. 134. A. T. 37,8. P. 132.

3. Tag. Erbrechen. Geringer Meteorismus. Etwas Frost. Ausfluss wenig, stark übelriechend. Fünftägige Obstipation. M. T. 37,9. P. 130. A. T. 39,5. P. 136.

5. Tag. Starker Meteorismus. Ausfluss wie gestern. Erbrechen. Schüttelfrost. M. T. 37,9. P. 130. A. T. 38,2. P. 124.

6. Tag. Meteorismus hat zugenommen, Herz und Leberdämpfung nach aufwärts verschoben. In der Ileocoecalgegend ein grosses hartes, die Darmbeinschaufeln erreichendes Exsudat fühlbar. Nach Morphiuminjection Schlaf und Stillstand des Erbrechens. M. T. 37,9. P. 130. A. T. 39,5. P. 132.

7. Tag. In der Nacht um 2h Dyspnoe. Pat. wird bewusstlos. Puls 160. Um 4h a. m. kein Puls mehr zu fühlen.

4^{30} a. m. Exitus letalis.

Section. Puerperale Sepsis, ausgehend von jauchiger Endometritis und fast completer Uterusruptur. Abgesackte eitrige Peritonitis in der Ileocoecalgegend. Jauchig inficirter Infarct im r. Unterlappen. Hypostase und Oedem der Lungen. Schlaffes Herz. Schwellung der Unterleibsorgane, namentlich der Nieren. Jauchige Thrombophlebitis des Uterus.

Netz im unteren Teile blutig infiltrirt, mit Belag versehen. Uterusvorderfläche stark injicirt, mit flächenhaften, intensiv schwärzlichroten Sugillationen. R. Ovarium, mit dem r. Eileiter nach hinten umgeschlagen, liegt der h. Beckenwand durch derbe Adnexe an. Scheideneingang mit grünlichen, fetzigen, festhaftenden Massen belegt, ebenso die Scheidenwandung. Hinter dem Scheideneingang l. eine markstückgrosse Oeffnung mit zerrissenen Rändern, die beim Herausnehmen noch erweitert wird. Umgebung verfärbt. Im h. Scheidengewölbe schwärzlichgrüne Massen, welche aus dem Mm. hervorragen. Scheidengewölbe körnig-kupferig verfärbt. Im h. Scheidengewölbe 2 kleinfingergrosse Geschwürsflächen, mit chokoladenfarbenen Belag. Mm.lippen fetzig, derb, weisslichgrau, narbig

verzogen. Das ganze Uterusinnere mit bräunlichen und grünlichen Massen, mit lappigen Fetzen besetzt. Nach Fortnahme der erwähnten Massen ist die Schleimhaut mit graugrünlichen Massen belegt, die einem diphterischen Belage gleichen, namentlich im Fundus, der Schleimhaut fest aufsitzend. In der r. Seite oberhalb des Mm. eine kirschgrosse Höhle, den am stärksten ergriffenen Partien an der Aussenseite des Uterus entsprechend, wo das Lig. rotund. und das subseröse Gewebe in Jauchmassen verwandelt sind. Die Gefässe in der Uteruswand vollkommen verlegt(?). An der Placentarstelle machen die Pfröpfe einen jauchigen Eindruck grünlich verfärbt. Die erwähnte Höhle geht bis auf die Serosa. Gewebe fetzig, zunderartig. Mit dem Finger kommt man bis an das Lig. rot. und Ovarium.

2. 1893. Nr. 160. Walburga E. 23 Jahre II. p. wird am 28. Februar 1h p. m. wegen drohender Uterusruptur in die Klinik gebracht. Erste Geburt etc. normal. Kind sehr gross, totgeboren.

Unterhalb des Nabels ein querverlaufender Wulst. Kopf über dem Becken, Körper in dem oberhalb des Contractionsringes befindlichen Uterusteile fühlbar. Rücken r., Herztöne l. vom Nabel zu hören. Kopf sehr gross. Grosse Fontanelle l. vorn. Eine Hand neben dem Kopfe vorgefallen. Mm. beiderseits eingerissen. Verdünnte Mm.lippen als isolirte Bürzel fühlbar.

1^{30} p. m. Perforation des Kopfes. Dreimaliges Ansetzen des Kranioklasten. Kopfknochen werden einzeln abgesprengt und aus der Kopfhaut losgelöst. Braun'sche Hacken in der l. Schulter; Extraction. Schultern folgen erst nach den grössten Anstrengungn. Operation um 2^{55} p. m. beendet.

4^{15} Atembeschwerden, Aether und Kampfer.

6h und 9^{30} p. m. vergebliche Versuche, die Placenta zu exprimiren.

10h Geh. Rat von Winkel geht mit der Hand in den Uterus ein und konstatirt eine quere Ruptur der vorderen Wand. Placenta ist in der Bauchhöhle und wird durch Zug entfernt. Uterustamponade. Bauch mit Binden fest eingewickelt. Knabe 4000 gr.

Puerpera bekommt in der Nacht jede Stunde eine Aetherinjection. Um 6h a. m. hat sich der Puls, der um 8^{45} p. m. sehr klein, 120 war, gehoben, ist voller und weniger frequent.

Weitere Krankengeschichte fehlt.

† am 3. März 1895.

Section. Abdomen stark vorgewölbt. Darmserosa mit trüb-

gelblichem, leicht abstreifbarem Belag, ebenso das Peritoneum. Uterusserosa mit gelbbräunlichem Belag. Beim Emporziehen sieht man an der r. Seite eine grosse Perforation, die soweit in situ ersichtlich, ca. 8 cm lang ist. In der Umgebung spärliche, trübe Flüssigkeit, eben solche auch in der Umgebung der Coecums. An der Oberfläche der l. Lunge zahlreiche blaurote Flecke. Pleura etwas getrübt, mit vereinzelten, kleinen Luftblasen. Im Unterlappen eine 3 cm breite, dunkelbraunrote Zone mit stark herabgesetztem Luftgehalt. Auf der r. Niere stark gefüllte Venenstämme. Oberfläche gelbbraun. Rinde gelb, Markkegel verkürzt, braunrot. Nierenbecken stark erweitert. L. Niere wie r, nur normales Becken. Blasenschleimhaut im unteren Teile stark gerötet, zeigt einen offenbar fibrinösen Belag, der nicht überall vollkommen abziehbar ist; an der l. Seite eine pfenniggrosse, weisslich verfärbte Stelle ohne eigentlichen Belag. Rissstelle des Uterus mit trübgelber, teilweise fibrinöser Masse belegt. Vagina und Cervix von reichl. fibrinösem Exsudat belegt. Der Belag im Uterusinnern teilweise eitrig. Der Riss verläuft quer in der Mitte des Uterus, mit fetzigen, eingerissenen Rändern, für eine Hand durchgängig. Der Riss setzt sich l. und r. in die Lig. lata bis zu den Lig. rot. fort, betrifft links aber nur in einer Ausdehnung von 6 cm das Peritoneum und subperitoneale Bindegewebe.

Anatomische Diagnose: Ruptur der Cervix (?), eitrig-fibrinöse Peritonitis. Drucknekrosen in der Blasenschleimhaut. Leichte Hydronephrose der r. Niere.

3. 1893 Nr. 938. B. 41 Jahre. IX p.

Bei den letzten drei Schwangerschaften traten Blutungen auf; bei der Geburt fand man dann Placenta praevia.

Pat. wurde am 24. December $5^1/_2$ a. m. in der Poliklinik tamponirt. Sie lag bei Ankunft des Arztes pulslos da, reagirte nicht. Untersuchung ergab Placenta praevia. Durch geeignete Therapie wurde Pat. wieder zum Bewusstsein gebracht. Sie will während der Schwangerschaft öfters Blutungen gehabt haben. Bauchdecken, Beine und äussere Genitalien ödematös. Kindl. Herztöne nicht zu hören. Sie wird am Abend 9h sehr schwach in die Klinik gebracht. T. 37,8. P. 130. Tampons liegen gut. Keine Blutung.

25. December. Etwas geschlafen. P. schwach. 130. T. 37,0. Pat. sehr blass. Stechen in der r. Brustseite. Abends Puls kräftiger. 110. T. 37,5.

26. December. Nacht gut. Tamponade erneuert.

27. December. Nacht unruhig. Durchfälle. Resp. beschleunigt

und erschwert. Pat. sieht blasser aus. M. T. 37,5. P. 120. A. T. 37,3. P. 120.

28. December. In der Nacht starke Schmerzen in der Seite, bes. beim Atmen. Uterus immer noch schlaff. M. T. 37,0. P. 120. A. T. 36,9. P. 130.

29. December. Nacht unruhig. Schmerzen unter dem r. Rippenbogen stärker. Keine Blutungen seit dem 27. Pat. sehr schwach Resp. schmerzhaft. Zunahme des Oedems an den Bauchdecken. M. T. 37,1. P. 130. A. T. 36,9. P. 130, klein.

30. December. Pat. fühlt sich um 8h a. m. sehr schwach. P. 130, klein. Um 9 Uhr plötzlich Collaps.

9^{15} a. m. Exitus letalis.

Section ergiebt eine Uterusruptur intra partum mit Austritt der nahezu ausgetragenen Frucht nebst Placenta in die Bauchhöhle. Placenta praevia marginata. Bluterguss in die Bauchhöhle. Beginnende Peritonitis mit Verlötung einzelner Unterleibsorgane.

Bei Eröffnung der Bauchhöhle entleert sich $1^1/_2$—2 L. einer schwarzbraunen Flüssigkeit, offenbar aus Blutbestandteilen bestehend. Ein Foetus, kugelartig ausgebreitet, findet sich über dem Beckeneingang mit einer gut entwickelten Placenta. Nach Entfernung derselben findet sich der Uterus aus dem kl. Becken herausgetreten. Der Körper liegt in dem Umfange eines mannskopfgrossen, plattgedrückten Körpers vor der Lendenwirbelsäule. Das untere Uterussegment ist mit reichlichen, fast faustgrossen, mit der Wandung verklebten, halbweichen Cruormassen bedeckt. Am oberen Uterinsegment, vorn und rechts von der Mittellinie findet sich eine für 4 Finger durchgängige, mit zackigen Rändern versehene, breitklaffende und quer verlaufende Oeffnung, die direct in das Cavum uteri führt. Uterusinnere ist leer. Kind ist der Reife nah, 2360 gr. Kopf gross. Epidermis abgehoben, mit schmutzigen, weiss-gelblichen Flecken versehen. Nabelschnur gerötet

4. 1894 Nr. 63. Katharine W. 35 Jahre, IX p. Aufnahme am 15. Januar um 7h p. m. Frühere Schwangerschaften etc. normal. Auch die jetzige bis gestern, wo Schmerzen bes. beim Atmen im Abdomen auftraten.

Aeussere Untersuchung wegen constanter Spannung der Bauchdecken wenig ergiebig. Mm. für 2 Finger durchgängig. Geringe Blutung beim Touchieren. Placenta praevia u. eventuell 2. Steisslage des abgestorbenen Kindes. Keine Wehen. Pat. hustet viel und ist stark dispnoisch, ohne Fieber zu haben. (Influenza?).

16. Januar. Schmerzen und Krämpfe im Leib. Keine Blutung und Wehen. T. 37,5. P. 108. Resp. 48.

Nachmittags 2 Mal Erbrechen. T. 38,3. P. 116. R. 50.

17. Januar. Schmerzen im Abdomen und der r. Seite stärker, zumal beim Husten, weshalb Pat. diesen möglichst unterdrückt. Seit Mittag mehrfach Erbrechen. Temp. von 38,5° Morgens auf 39,1° Abends gestiegen. P. 112—124. R. 48—50.

18. Januar. Husten stärker. Jedesmal Erbrechen nach dem Husten. M. T. 39,2. P. 116. Resp. 40.

19. Januar. M. T. 38,9. P. 120. Resp. 38.

20. Januar. M. T. 38,8. P. 132. Resp. 37. A. T. 39,3. P. 142. Resp. 42.

22. Januar. Im ganzen Bereich der oberen Uterushälfte tympanitischer Schall, der sich deutlich von dem des Colon abhebt. Im unteren Uterusteile Dämpfung. Portio verstrichen, statt ihrer ein schmaler, harter Ring, für 2 Finger durchgängig. Nach oben und r. gelangt man über den nur von einer dünnen Membran gebildeten Ring in eine Höhle mit rauher Wandung, in welcher Blutcoagula liegen. Weiter oben erreicht man zwei offenbar schon stark macerirte Hände. Oberhalb der Arme wird eine $2^1/_2$ cm breite Masse gefühlt, welche erst für Placenta gehalten wird, bald sich aber als unterer Saum eines Uterusrisses erweisst, welcher die ganze untere und nach rechts einen Teil der hinteren Uteruswand durchsetzt, sodass der Uterus nur links seitlich und hinten befestigt zu sein scheint. Bei der Untersuchung gehen Gase und äusserst übelriechende Flussigkeit ab. Oberhalb der Symphyse sind die Finger der inneren Hand direct unter den Bauchdecken zu fühlen. Nach Abgang der Gase ist der Leib verkleinert und weicher geworden, sodass man den Rücken besser r. u., kleine Teile l. fühlt.

Es wird zur Laparotomie geschritten. Muskulatur der Bauchdecken und das subperitoneale Gewebe sind missfarbig, brüchig, ödematös geschwellt. Nach Eröffnung der Bauchhöhle gelangt man auf eine etwa 3 mm dicke, brüchige, missfarbene Membran. Dieselbe erweisst sich als das grosse Netz, welches einer dünnen Blase von brauner Farbe auflagert. Netz wird in Partien abgebunden, wobei es wegen der Brüchigeit des Organs stark blutet. Nach Eröffnung des Sackes entleert sich reichliche Menge blutig-seröser, übelriechender Flüssigkeit und liegt das im III. Grade macerirte, schon in Fäulnis übergegangene, grosse, hydrocephalische Mädchen vor. Dasselbe wird am Steiss entfernt. Nachgeburt muss aus dem Douglas entfernt werden. Uterus zeigt sich mit

der Umgebung bes. an der Hinterwand und den Seiten durch dicke Schwarten verlötet, nach deren stumpfer Durchtrennung sich der breite Querriss zeigt. Da es nicht möglich ist, den Uterus herauszuziehen und das morsche, brüchige Gewebe auch keine Naht zulässt, wird der Douglas und das Cavum uteri getrennt tamponirt, darüber die Bauchdecken durch tiefgreifende Nähte geschlossen und die Gazestreifen aus dem unteren Mundwinkel herausgeleitet. Narkose verlief gut. Nach der Operation 2 Stunden Kampferinjectionen.

Puerperium: Schlechtes Befinden. Starke Schmerzen im Abdomen. Atemnot. Lippen blass, cyanotisch. Ohren weiss. Extremitäten kühl. T. 39,5 P. 125 R. 38.

10h a. m. Anfall von Collaps. Kampferöl. Respirat. oberflächlich, 44. T. 39,3 P. 140.

12h Pat. wieder bei Bewusstsein. Augen vorstehend, glänzend. Atemzüge etwas tiefer, 48. Husten und Stickanfälle. Zäher Schleim, den Pat. nicht auszuspucken vermag. T. 39,5 P. 135.

2h p. m. Puls fast nicht zu fühlen, sehr unregelmässig. T. 39,4.

4h Noch bei Bewusstsein. Schmerzen etwas geringer. Pat. kann kaum noch lallen. Zeitweise Zuckungen durch den ganzen Körper.

5h Atem jagend, 50. Puls nicht zu fühlen. Beginnende Agone.

5^{30} p. m. Exitus letalis.

Section ergiebt eine Uterusruptur. Uterus zeigt seine Höhle von vorn breit eröffnet, etwa kinderhandgross. R. oberhalb des Cervix ist die ganze vordere Wand von einem Querriss durchsetzt, dessen Ränder breit klaffen. Rissfläche leicht höckerig, mit Exsudat belegt. Riss erstreckt sich an der r. Kante nahezu bis zum Fundus, jedoch ist an dieser Kante die obere Hälfte von Membranen bedeckt. Beim Einschneiden der Rissfläche erkennt man auf derselben einen $^1/_2$ cm dicken, diphteritischen Belag, grüngelb, nicht riechend. Unterhalb desselben Musk. von Hämorrhagien durchsetzt. Placentarstelle mit sehr grossen knotigen Vorwölbungen. Cervicalschleimhaut auch mit diphteroiden Belag. Serosa mit eitrig-fibrinösem Belag und mit Haemorrhagien durchsetzt. Ovarien und Tuben mit Beckenwand und Darmschlingen verklebt. Eitrig-fibrinöse Peritonitis. Schwellung von Leber und Nieren. Lungenödem.

5. 1896 Nr. 456. Marie H. 42 Jahre, IX p. Aufnahme am 6. Juni um 11^{30} p. m. Vorhergehende Schwangerschaft etc. normal.

Am 4. Juni bemerkte Pat. Abgang von gelblichem Schleim und Vorfall der Nabelschnur. Letzte Kindsbewegung am 3. Juni

gefühlt. Wehen, schwach, sistiren plötzlich am 6. Juni. Keine Blutung. Heftige Schmerzen in Abdomen.

T. 37,5. P. 136, fadenförmig, kaum fühlbar. Abdomen auf der l. S. etwas mehr als auf der r. vorgewölbt. Handbreit über der Symphyse eine derbe Partie, die nach oben zu sich in unbestimmter Weise verliert und bei der Palpation ein eigenthümliches Reiben zeigt. Oberhalb derselben tympanitischer Schall. R. seitlich unterhalb des Nabels, dicht unter den Bauchdecken kleine Teile fühlbar. Kopf l., Rücken nach vorne gedreht, l. Schulter vorliegend. Schieflage I b. Vorgefallene Nabelschnur schwärzlich verfärbt, an einzelnen Stellen ganz trocken. Uterusruptur mit Bestimmtheit zur Zeit nicht nachzuweisen.

Decapitation mit dem Braun'schen Hacken und der Couper'schen Scheere. Extraction des Rumpfes; Expression des Kopfes. Dann wird mit der ganzen Hand eingegangen, um nach der vermuteten Ruptur zu suchen. Dabei zeigt sich im unteren Uterussegment auf der l. Seite ein grosser Riss, dessen vorderer Rand nicht deutlich abzutasten ist und durch den man leicht mit der ganzen Hand in die Bauchhöhle gelangt. In letzter ist auch die Placenta ausgetreten, die durch vorsichtiges Anziehen an der Nabelschnur, und indem der Operateur an derselben entlang geht, entfernt wird. Uterus gut contrahirt. Uterus mit Jodoformgaze straff austamponirt und Bauch durch Binden stark comprimirt.

3h a. m. Puls bleibt klein und fadenförmig. Häufiges Aufstossen. Keine nachweisbaren Blutungen. Platschergeräusch oberhalb der Symphyse (Gedärme). Heftige Schmerzen wegen der Compression. Kühle Extremitäten.

5h Puls kehrt nicht wieder. Sensorium noch erhalten. Keine wahrnehmbare Blutung und Anaemie. Im Gesicht eher etwas Cyanose. Keinerlei Anzeichen, die auf weiteren Blutverlust hindeuten. Temp. 36,2.

$6^1/_2$h a. m. Exitus letalis. Blase war vollständig leer, man konnte mit dem Katheter nie Urin erhalten.

Bei der Section fand sich $^1/_2$ L. bräunlich verfärbte Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Serosa der Gedärme fleckig gerötet. Auf der Uterusoberfläche lockere, schmutzig-gelbliche Gerinnsel. Am Beckeneingang l., in der Höhe des Poupart'schen Bandes ein handtellergrosser, grosser klaffender Riss des Peritoneums. Der Riss führt in das Uterusinnere, Cervicalterile und Scheide. Im retroperitonealen Gewebe deutliche Unterlaufungen. Harnblase stark contrahirt, mit Spuren von grauem Satt. Starkes salziges

Oedem der h. Wand. Am Cervix blutige Unterlaufungen. Ein erbsengrosses Myom an der vorderen Uteruswand. Der erwähnte Riss ist 18 cm lang und klafft in einer Breite von 4 Fingern, verschmälert sich nach oben. Ränder des Risses mit Fibringerinnsel bedeckt.

Anatomische Diagnose. Complette Uterusruptur vom Umfange eines Kindskopfes in der l. Wand des Uterus und Cervix. Retroperitoneales Haematom. Bluterguss in die Bauchhöhle. Milztumor. Spitzentuberculose. Mässige Anämie sämtlicher Eingeweide.

6. 1897 Nr. 144. Eva W. 30 Jahre, V p. Aufnahme am 22. Februar um 4^{30} p. m.

Sehr anämisch, Blasensprung angeblich vor 5 Tagen. Mm. vollständig erweitert. L. fühlt man Placentarmassen. Bei der Untersuchung geht reichlich missfarbenes, etwas übelriechendes Blut ab. I. Schädellage. Kopf beweglich über dem Becken. Nabelschnurvorfall. Kind tot. Uteruswand sehr dünn und druckempfindlich. T. 36,4. P. 82, voll. Unregelmässige Herzaction.

Nach vergeblichem Kristellerversuch Colpeurynter eingelegt behufs besserer Wehen. Puls danach 140—130. Resp. 48. L. Pupille weiter als die r., beide reagiren. Starke Verbreiterung des Herzens nach l., kein Geräusch. Um 9h p. m. wegen starken Meteorismus und Atemnot, Resp. 60, erfolgt Perforation und Kranioklasie. Dauer 25 Min. P. 130. Vor der Operation fand man beim Kathetrisiren 2 cm hinter der Urethralmündung eine 2 cm breite Fistel, die in die Scheide führt. Bei Beginn der Operation erscheint plötzlich die Placenta, mit der foetalen Fläche voran in der Vulva. Puls bleibt trotz aller angewandten Mittel frequent, klein und manchmal aussetzend. Erbrechen. Alle Schleimhäute fast blutleer trotz Kochsalzklysma. Herzaction andauernd beschleunigt. Erst um 5^{30} a. m. bekommt Pat. etwas mehr Farbe und wird der Puls etwas voller und rhytmischer. P. 112. T. 36,9. Mädchen, 48 : 2150.

Puerperium: Starker Meteorismus. Druckempfindlichkeit des Abdomens bis in bd. Parametrien. Uterus gut contrahirt. Urin unwillkürlich. Erbrechen deutlich galliger Massen. A. T. 37,6 P. 126.

2. Tag. Zunahme des Meteorismus. Starker Durst. Fortwährendes Aufstossen. Weite Pupillen. Gesichtszüge verfallen. In den tiefsten Partien des Leibes, namentlich l. gedämpfter Schall. Incontinentia urinae. Herz stark nach aufwärts gedrängt. Dadurch

die Dämpfungsgrenzen noch mehr verbreitert. Spitzenstoss fast in der vorderen Axillarlinie. Auf Terpentineinlauf Stuhlgang. M. T. 36,4. P. 120. A. T. 39,6. P. 160.

3. Tag. Abdomen etwas weicher, aber noch starker Meteorismus. Druckempfindlichkeit geringer. Exsudat hat nicht viel zugenommen. Puls fadenförmig. Herzaction regelmässig, aber sehr beschleunigt. M. T. um 6h 39,7° um 8h 40,1° P. 150.

5h p. m. Exsudat hat zugenommen. Pat. moribund. Delirien. Puls nicht zu fühlen.

$6^{3}/_{4}$h Exitus letalis. Nach dem Herzstillstand erfolgten noch einige Atemzüge.

Section: Im Abdomen viel eitrige, getrübte Flüssigkeit. Darmserosa mit hämorrhagisch-eitrigem Belag. Gedärme und Unterleibsorgane durch fibrinöse Spangen miteinander verklebt. Am grossem Netz über markstückgrosse Hämorrhagien. Lungen hypostatisch. In den Herzhöhlen grosse Speckgerinnsel. Im Magen Mengen gallig gefärbten, dünnflüssigen, faeculenten Inhaltes. Schleimhaut des Dünndarmes mit reichlichen, leicht entfernbaren, fibrinartigen Massen bedeckt und zwar von den Klappen ab in fast zusammenhängender Schicht. Im unteren Ileum geht dieser Belag in eine weichere, mehr flüssige Schicht über. Follikel mässig geschwellt. Uterus 3-faustgross. An der l. Seite findet sich, 11 cm unterhalb des Scheitels beginnend ein in das Lumen führender 5—6 cm langer Riss mit fetzigen Rändern etwas eitrig belegt. Auf der l. Seite der stark contrahirten Blase kommt man durch eine für 3 Finger durchgängige Oeffnung in die Vagina, entsprechend der Stelle, wo der Uterusriss sich befindet. Der Riss ist im ganzen 11 cm lang, wovon 6 cm der Scheide, die andern der Cervix und dem Uterus angehören. Uterusmusk. blass, saftig glänzend. Gefässe dickwandig, ohne bes. Inhalt. Zwischen Uterus und Rectum zahlreiche Spangen, dazwischen tiefe Furchen, hier kein Belag. Conj. vera 9 cm, etwas schief, am hinteren Ende vom Promontorium nach rechts abweichend. Querdchm. 13 cm. Becken etwas schief, im vorderen Teil r. etwas abgeflacht, links etwas ausgebuchtet.

Der Tod trat bei diesen Fällen ein: 2 Mal am 3. Tage, je einmal am 7. 10. 1. Tage und sub partu. Die Todesursache war unmittelbar 4 Mal Sepsis und 2 Mal acute Anaemie. 2 Mal fand sich Placenta praevia.

Weitere Angaben über die Kindslagen und Beckenverhältnisse und eine daran anknüpfende Beurteilung

über das Zustandekommen des Risses und seines Sitzes können nicht gemacht werden. weil diesbezügliche Bemerkungen meist fehlen.

Inbetreff anderweitiger Daten wolle man unter dem statistischen Teile nachsehen.

Acute Anaemie.

Es sind diesmal auffallend viel Frauen dieser Todesursache unterlegen, 6 = 0,11%.

Bei 4 von den Fällen fand sich Placenta praevia. Da diese im ganzen 25 Mal vorkommt, so ergiebt sich für dieselbe ein Mortalitätsprocent von 16%.

Der erste Fall ist insofern von Interesse, weil dort eine Entscheidung, ob eine haemorrhagische Diathese oder eine Arsenphosphorvergiftung behufs eines kriminellen Abortes vorgelegen hat, nicht getroffen werden konnte.

1. 1892 Nr. 158. Anna F. 22 Jahre, I p. wird am 2. März 11^{40} p. m. wegen fortwährender Blutungen aus der Scheide aus dem Krankenhause in die hiesige Anstalt verbracht.

Pat. will bis zum heutigen Tage stets gesund gewesen sein, nur hätte in letzter Zeit öfters das Zahnfleisch geblutet. Letzte Regel vor 3 Wochen, doch geringer als gewöhnlich. Sie will sich völlig wohl befunden haben, bis sie heute Nachmittag plötzlich einen starken Blutverlust aus der Scheide bemerkt habe, wegen deren sie um 9h p. m. das Krankenhaus aufsuchte.

Pat. ist icterisch. Der Ausschlag, den sie am ganzen Körper aufweist, soll seit kurzer Zeit bestehen, doch sind die Angaben darüber sich widersprechend. Jedenfalls sind eine Reihe von Pigmentflecken und Narben vorhanden, welche das Gegenteil beweisen. Puls klein, frequent, 96. T. 36,8. Scheide klein, eng. Aeusserer und innerer Mm. geöffnet. Cervix für 1 Finger durchgängig. Auf den Lungen h. u. wenige kleinblasige Rasselgeräusche. Brüste gross, druckempfindlich, Colostrum. Mittellinie pigmentirt. Herztöne rein. Scheidentamponade.

3. März. 9h a. m. Tampon entfernt. Keine Blutung, Salzwassereinlauf.

9^{30} Geringe Blutung steht nach heisser Ausspülung.

1h p. m. Keine Blutung. Puls klein, regelmässig 100. Heftiger Schmerz in der l. Seite. Objectiv nichts nachweisbar.

3h Puls sehr klein. Nasenspitze kalt. Pat. bietet den Eindruck eines beginnenden Collapses. Aether. Abgang eines kleinen Fetzen aus der Scheide.

3^{30} Puls deutlicher. Wallnussgrosser Körper ragt aus dem Mm. hervor.

6h Pat. trinkt viel und oft. Puls klein, 100.

9h Heftige Schmerzen in der Seite. Pat. jammert viel. Auf Morph. lassen die Schmerzen nach.

10h Pat. sehr unruhig. Schmerzen wieder stark.

10^{30} Puls sehr klein, aber deutlich, 100. Keine Blutung.

11^{20} Status idem. Pat. schläft.

4. März. 3^{25} a. m. Tod bereits eingetreten. Totenstarre.

Section: An der Haut der u. Extremitäten und den Vorderarmen stecknadel- bis linsengrosse Epidermisdefecte mit eingetrockneten Blutflecken. Nach Abziehen der Haut an der r. Thoraxfläche rote Flecke. Auch im grossen Netz, an mehreren Stellen der Darmserosa, am Mesenterium, Peritoneum und zu beiden Seiten des Uterus, an der Rückseite d s Sternums und auf dem Herzbeutel ähnliche Blutflecke von carminroter Farbe und markstückgross. Auf den Pleuren zahlreiche, linsengrosse, subpleurale Ecchymosen. Schleimhaut im Mund, Oesophagus, Larynx und Trachea normal, im Magen stark gefaltet, verdickt, ebenso im Duodenum und Ileum. Auf der Höhe der Falten gerötet, doch keine Ecchymosen. Kot ohne gallige Färbung, mit Blut durchsetzt. Im Coecum fast blutiger Inhalt. Leber klein, derb, gelb. Schnittfläche blassgelb, etwas icterisch. Acini deutlich, im Centrum brauner als an der Peripherie. Aorta mit flüssigem Blut gefüllt. Epikard mit zahlreichen Ecchymosen, die beim Einschneiden flüssiges Blut aufweisen. Musk. u. Klappen leicht icterisch. Im l. Ventricel confluirende subendocardiale Flecke. Milz mittelgross. Rinde bd. Nieren ockergelb, Mark dunkel, geschieden. Im Nierenbecken einzelne Blutungen. Uterusumfang 23 cm. Schleimhaut der Cervix stark haemorrhagisch infiltrirt, derb. Im Uterus reichl. graue, lockere Gerinnsel, die aus dem Mm. hervorragen. An der Innenfläche abziehbare Deciduafetzen. Nirgends Thromben. Im l. Ovarium ein kirschkerngrosses corpus luteum. Dura blutreich, glatt. Weiche Häute anämisch. Windungen abgeplattet. Gehirn weich, brüchig. Mikroskop. Untersuchung: starke fettige Degeneration der Tubuli contorti und der Gefässe der Nieren, der Herz- und Körpermuskulatur und der Leber.

Anatomische Diagnose: Allgemeine fettige Degeneration, bes. des Herzmuskels, der Leber und Nieren. Starkes Hirnödem. Hochgradige Anaemie der inneren Organe. Multiple Blutungen in die serösen Häute, Darm, Uterushöhle und der äusseren Haut. Gravidität im III. Mon. Ei ausgestossen. Ieterische Verfärbung der Leber und leichtere in den inneren Organen. Haemorrh. Diathese? Phosphor-Arsen-Vergiftung?

2. 1892 Nr. 249. Barbara S. — VIII p. wird am 7. April 11^{15} a. m. in sehr collabirtem Zustande wegen starker Blutungen hereingebracht.

Aether. Salzwassereinlauf. Thee u. Cognac. Heisse Ausspülung, wodurch starke Gerinnsel entleert werden. Placenta praevia. Mm. 3 M-stückgross. Kopf beweglich über dem Becken. Blasenstich. Reposition des r. Armes. Feste Tamponade der Scheide. Kind tot.

1^{15} p. m. Durch die Tampons ziemlich kräftige Wehen. Noch immer starker Collapszustand. Aether. Thee u. Cognac per rectum, da Pat. per os alles erbricht.

11^{30} Durch die Tampons sickert Blut. Beseitigung der eingetretenen Querlage II durch Wendung. Blutverlust gering, trotzdem starker Collapszustand. Uterus schlaff, lässt sich weder durch Druck noch Reiben zur Contraction bringen. $3^1/_2$ Spritzen Ergotin. Puls kaum zu fühlen.

2^{30} p. m. Exitus letalis.

Section: Verblutungstod post partum. Anämie aller Organe. Leichtes Lungenödem. Schlaffes Herz.

Bemerkung: Ueber die Geburt des Kindes und der Placenta ist nichts zu finden. Es ist aber anzunehmen, dass der Wendung die Extraction folgte, da diese ja indicirt war. Nur die gewöhnlichen Zahlenangaben über Kind und Placenta sind notirt.

3. 1892 Nr. 506. Marie St. 39 Jahre, XVIII p., wird am 12. Juli 11h p. m. wegen starker Blutungen in die Klinik gebracht. Die früheren Entbindungen etc. normal.

Placenta praevia.

Der übrige Krankheitsverlauf bietet nichts besonderes dar:

er deckt sich fast vollkommen mit dem eben angegebenen, nur dass die Blutungen noch stärker sind. Auch hier wird die Wendung und Extraction vorgenommen und ein lebendes Mädchen entwickelt.

Uterus will sich, nach Ausstossung der Placenta durch Reiben, nicht contrahiren.

15. Juli 10^{45} p. m. Exitus letalis nach einem tiefen Collaps mit vorausgehendem Excitationsstadium.

Section: Verblutung aus tiefen Cervixrissen, bes. linkerseits ein tiefer, wo die Wand nur einige mm dick ist. [illegible] praevia centralis. Allgemeine Anämie. [illegible] Spitzentuberculose. Fettleber. Chron. [illegible] beginnender Granulirung.

4. 1893 Nr. 224. Therese M. 37 Jahre, VIII p. Frühere Geburten normal. Grav. wird am 12. März mit Tampons in der Scheide, die ihr wegen Blutungen vom Arzt [illegible] nommen.

Schon vor 10 Tagen will sie sehr starke Blutungen gehabt haben, die von selbst standen. T. 36,9, am 25. 39,2. Am 27. Pat. sehr anämisch. Puls klein, 120. Tamponade. Mm. thalergross. Leichte Wehen, die am 29. verschwunden [illegible] mal. Pat. sehr anämisch.

Am 29. Wendung auf einen Fuss. In zwei Presswehen Rumpf zugleich mit der Placenta [illegible] Handgriff. Die aus der Scheide [illegible] Kornzange entfernt. Uterus gut contrahirt. Keine Blutungen. Toter Knabe 50:3000.

Pat. stirbt am 6. Tage des Puerperium, ohne dass es gelungen war, die Symptome der Anämie zu heben.

Section: Enorme Anämie sämtlicher Organe infolge fortdauernder Blutungen bei Placenta [illegible] eitrige Nephritis mit Abscessbildung [illegible] Lungenödem. Cervixrisse.

5. 1897 Nr. 37. Elisabeth H. 43 Jahre. XIV p. Frühere Schwangerschaften etc. normal.

Placenta praevia. II. Steisslage. Wegen Blutungen mehrfache Tamponade. Prophylaktische [illegible] rantien, trotzdem doch später Anämie. 3. Januar 1897.

14. Januar. Herabholen des l. Fusses, wodurch Blutung zum Stillstand kommt. P. klein, 132. Hochgradige Anämie. Auf Excitantien etc. hebt sich etwas der Puls, wird bald wieder frequent und klein. $1^1/_4$ a. m. Spontane Geburt eines toten Mädchens 53:3600. Lösung beider Arme. Keine Blutung, Uterus schlaff. Massage. Puls an der Art rad. fadenförmig, beschleunigt, unregelmässig, manchmal nicht zu fühlen. 1^{50} a. m. Placenta spontan. Pat. zeitweise sehr unruhig. Beschleunigte und erschwerte Resp. Weite Pupille. Kein Cornealreflex.

4^{15} a. m. Exitus letalis.

Section: Verblutungstod nach Placenta praevia. Ausser einer starken Anämie sämtlicher Organe kein weiterer nennenswerter Befund.

6. 1894 Nr. 237. Crescenz V. 30 Jahre, IV p. Aufnahme am 29. März 4^{30} p. m. Die 3 früheren Schwangerschaften etc. normal, nur dauerte die 2. etwas lang und hatte einen grösseren Blutverlust im Gefolge. Am 17. 18. 19. und 27. März starke Blutungen. Uterus arcuatus. Viel Fruchtwasser. Placenta praevia. Kein Zeichen von Anämie.

Am 30. März. Mit Zunahme der schmerzhaften Wehen und der Erweiterung des Mm. Zunahme der erst geringen Blutung, 800 900 gr. die die Tamponade nicht aufhalten kann. Wegen zunehmenden Collapses um 2^{30} p. m. Wendung und Extraction, die trotz der Grösse des Kindes relativ leicht gelingen.

Kind tot, trotzdem bei Einleitung der Narkose die Herztöne deutlich und kräftig zu hören waren. Puls wurde während der Operation immer schlechter, bis er nicht mehr zu fühlen war. Placenta wird exprimirt. Ohne dass eine grössere Blutung nach der Operation nach aussen oder in das Uterusinnere stattgefunden hätte, um 3h p. m. Exitus letalis.

Man stellte daher die Diagnose auf Uterusruptur, eingetreten um 1^{30} p. m., da plötzlich zu dieser Zeit die Wehen aufhörten, Collaps und acute Anämie auftraten. Allerdings war weder ein verdünntes unteres Uterinsegment noch Contractionsring zu fühlen: auch spricht dagegen, dass die Placenta grösstenteils spontan ausgestossen wurde. Da aber nach Beobachtungen in der Klinik die Blutung nur ca. 1600 gr betrug, musste zur Erklärung eine innere Blutung angenommen werden, denn der Uterus war zuletzt kaum zu fühlen, füllte sich keineswegs mit Blut an.

Die Section ergab aber keine Ruptur, nur allgemeine hoch-

gradige Anämie. Teilweise Verfettung der Uterusmuskulatur. Schleimhaut am Mm. stark cystös entartet. Schwangerschaftsnephritis. Gehirnsection ohne Befund. Herz etwas vergrössert, sonst normal. Todesursache wahrscheinlich Herzparalyse.

Die beiden noch restirenden Fälle bieten in der Krankengeschichte etc. nicht so viel Interessantes, dass es sich verlohnen würde, dieselben genauer anzugeben. Darum mag aus ihnen nur das Allerwesentlichste erwähnt sein.

1. 1892 Nr. 603. Therese B. 22 Jahre, I p.

Kind (54:3850) durch Forceps entwickelt. Scheidendammriss II. Grades.

Im Puerperium Erkrankung an Parametritis. Am 23. Tag in Chloroformnarkose Anfrischung und Vernähung der gut granulierenden Dammwunde. Schon gegen Schluss der Operation kein Chloroform mehr. Auf dem Transporte vom Operationssaale Collaps, aus dem Pat. nicht wieder erwacht.

Section: Chloroformtod. Ecchymosen auf der l. Pleura, wo sich auch ein keilförmiger Infarkt vorfindet. Im r. Ventricel flüssiges, lackfarbenes Blut. Im Fundus des Magens ausgedehnte Hämorrhagien.

2. 1896 Nr. 261. Anna P. 32 Jahr, III p. Starke Kypho-Skoliose der Brustwirbelsäule. Schon lange stark herzleidend. Beide frühere Geburten waren Frühgeburten im VI. u. VIII. Mon., letztere künstlich wegen der starken Herzbeschwerden.

Vergeblicher Versuch, die künstliche Frühgeburt durch Colpeuryse herbeizuführen. Es tritt erst Schieflage II a, dann eine II unvollkommene Fusslage ein. Bei Ausführung der Extraction, behufs deren man mit der Hand in die Vagina einging, weil man erst dann die II. Fusslage diagnosticirte, tritt plötzlich Collaps ein. Von Beginn der Cyanose bis zu dem unter Erscheinungen der Herzparalyse erfolgten Exitus vergingen kaum $1^1/_2$ Minuten.

Section: Hochgradige Hypertrophie und Dilatation des linken Ventricels bei hochgradiger Kypho-Skoliose der Brust- und Lendenwirbelsäule. Wirbelsäule zeigt eine S-förmige Krümmung. Der obere Bogen ragt sehr weit auf der r. S. heraus und berührt fast vollständig die r. innere Thoraxwand. Der untere Bogen,

weniger gekrümmt, berührt mit der Convexität fast die letzten falschen Rippen. 7. 8. u. 9. Rippe springen säbelscheidenförmig, sehr scharf in den deformirten linksseitigen Thoraxraum hinein. Dementsprechend sind auch beide Lungen, bes. die rechte auffallend klein. Ein Cervixriss r. u., von 10 cm. Länge, reicht bis unter das suffundirte Peritoneum.

Zum Schluss der Arbeit bleibt mir noch die angenehme Pflicht übrig, Herrn Geh. Rat von Winkel meinen besten Dank für die gütige Stellung des Themas und der Ueberlassung des umfangreichen Materials auszusprechen.